

# ANNALES

DE

## DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

### TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

**ERNEST BESNIER**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de médecine.

**A. DOYON**

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.  
Correspondant de l'Académie de médecine.

**L. BROCCQ**

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

**R. DU CASTEL**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**A. FOURNIER**

Professeur à la Faculté de médecine.  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**H. HALLOPEAU**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de médecine.

**G. THIBIERGE**

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

**W. DUBREUILH**

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE,  
CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, CÉMY, HORAND,  
HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LEPILEUR, LEREDDE, A. MATHIEU,  
CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND,  
ALEX. RENAULT, J. RENAUT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

**D<sup>r</sup> G. THIBIERGE**

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

### TOME X

N° 8-9. — Août-Septembre 1899

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—  
MDCCCXCIX

Voir les FICHES BIBLIOGRAPHIQUES aux pages 10, 11, 13  
et 15 de la couverture.

# CLIN & C<sup>ie</sup>

## CAPSULES MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten,  
essentiellement assimilable, très soluble.

TROIS TYPES PRINCIPAUX :

**COPAHU et ESSENCE de SANTAL**  
**COPAHU, CUBÈBE et ESSENCE de SANTAL**  
**COPAHU, FER et ESSENCE de SANTAL**

INDICATIONS : **Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Catarrhe vésical.**

DOSE : Huit à dix Capsules par jour.

## ÉLIXIR DÉRET BI-IODÉ

Solution vineuse à base d'iodure  
double de Tanin et de Mercure.

Chaque cuillerée correspond à un centigr.  
de biiodure de mercure.

Ne provoque ni Hydrargyrisme, ni  
Diarrhée, évite, par la façon dont il est  
présenté, les soupçons de l'entourage.

DOSE : De une à deux cuillerées à soupe par jour.

## Santal du D<sup>r</sup> Clin

Capsules à enveloppe mince renfermant  
20 centigr. de Santal d'une pureté absolue.

INDICATIONS : **Blennorrhagie aiguë ou  
chronique, Cystites et toutes inflam-  
mations des Muqueuses génito-  
urinaires, Leucorrhée vaginale.**

DOSE : De 8 à 16 Capsules par jour en augmentant  
progressivement.

## CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre

## du Docteur CLIN

Par Capsule, 20 centigr. } Bromure  
Par Dragée, 10 centigr. } de Camphre pur.

INDICATIONS : **Epilepsie, Hystérie, Chorée,  
Insomnies, Palpitations de cœur,  
Érections douloureuses, Spermatorrhée,  
Erêthisme du Système nerveux.**

DOSE : De 2 à 5 Capsules, de 4 à 10 Dragées.

CLIN & C<sup>ie</sup> — F. COMAR & FILS (MAISONS RÉUNIES)  
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS 385

## SYPHILIS GRANULES DARDEL à l'Arséniate de Mercure ASO<sup>s</sup> 2HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand  
soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'Éti-  
quette ne porte pour toute désignation que la for-  
mule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob

## POUDRE ANTISEPTIQUE ni Toxique ni Caustique, sans Odeur

## FAUCHÉ

ÉRYTHÈME, INTERTRIGO, ECZÉMA,  
HERPÈS, ESCHARRES, ULCÈRES, PLAIES, SUEURS FÉTIDES,  
FIÈVRES ÉRUPTIVES, ÉRYSIPELE, etc.

Se trouve dans toutes les Pharmacies

Vente en gros : Ph<sup>ie</sup> FAUCHÉ 71, Cours d'Albret, 71  
BORDEAUX

## IODOL

BREVET ALLEMAND N° 35130

Le meilleur succédané de l'Iodoforme  
Inodore et non toxique

S'emploie avec succès pour le traitement de TOUTES LES MALADIES SYPHILITQUES  
l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales.

SEULS FABRICANTS : KALLE & C<sup>ie</sup>, BIEBRICH-S-RAIN

Dépôt général chez M. Reinicke, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

T

re.  
re.  
ig.

ni  
est  
je.  
r.





## TRAVAUX ORIGINAUX

### LA DÉFENSE DE LA PEAU CONTRE LES MICROBES

Par R. Sabouraud.

Quand on étudie les travaux d'histologie pathologique, ayant trait aux maladies cutanées, il est impossible de ne pas être consterné de l'aridité, de la confusion et du peu d'intérêt qu'ils présentent pour la plupart. Et en vérité les défauts de ces ouvrages donnent bien souvent une excuse à ceux qui ne les lisent pas.

Dans une étude scientifique quelconque, la dissection des faits, dissection analytique et minutieuse, est nécessaire, mais elle n'a sa justification pour tous que quand les faits analysés conduisent à une vue générale de quelque importance; la minutie du détail en est alors excusée. Mais, si aucune conclusion ne s'en dégage, de quel intérêt peuvent être ces faits pour qui que ce soit? Ce sont de simples moellons pour un édifice à construire.

Encore aujourd'hui, l'anatomie pathologique à propos de chaque lésion cutanée s'égare constamment dans un labyrinthe confus de menus faits, hérissés de mots techniques et barbares sans fournir jamais aucune idée générale. Matériellement, il est pourtant impossible qu'un organe complexe, il est vrai, mais d'une unité de structure très grande en tous points comme la peau, soit capable de créer une série indéfinie de réactions dissemblables et hétérogènes. Comment se fait-il qu'aucun histologiste, ayant réuni par devers lui une somme de faits particuliers considérable, ne puisse pas les catégoriser d'une façon saisissante et simple? Si spéciale que soit une science, elle doit être accessible à la compréhension de tous, et tant qu'une science n'en est pas là, c'est qu'elle n'a pas dégagé une seule idée générale du tas de ses observations quotidiennes.

Dans une étude, sur quelque point de pathologie que ce soit, la principale préoccupation d'un anatomiste doit être de comprendre et de faire comprendre *les faits qui dominent l'évolution de la lésion, ceux qui expliquent son mécanisme*. A côté de ces faits-là, le reste n'est que brouillilles. Et si un histologiste veut étudier ainsi la structure de plusieurs lésions cutanées dissemblables, il ne pourra pas ne pas conclure de ce travail des lois générales propres à diriger sur ce sujet toutes les recherches ultérieures de lui et des autres. Pour ma part je n'ai fouillé que l'un des coins du domaine de l'histo-pathologie cutanée, je n'ai étudié qu'un certain nombre de maladies parasitaires

de la peau. Et pourtant il m'apparaît très nettement que toutes les lésions des dermatoses parasitaires peuvent être systématisées sans peine, parce que les réactions morbides élémentaires de la peau sont simples. C'est ce que je veux prouver ici.

Qu'on ne se fasse pas illusion sur l'importance des lois que je veux démontrer. Elles sont très grandes et par elles-mêmes très peu de chose. Elles sont très grandes parce qu'elles ont la prétention d'encadrer tous les faits connus de parasitisme bactérien de la peau et vraisemblablement le plus grand nombre de ceux qui sont à connaître. Elles sont très peu de chose parce que ce ne sont que des cadres qui demandent à être remplis de faits, de faits dont ils ne peuvent qu'indiquer la place.

Comme il s'agit de lois très générales, on ne cherchera pas dans leur exposé les détails particuliers qui n'y seraient pas à leur place. Lorsque Bichat a si nettement différencié les organes de la vie de relation de ceux de la vie organique, il ne s'est pas attardé à la description des muscles du bras ou du cœur, il considérait en eux des faits aussi simples que leur asymétrie ou leur symétrie. C'est ainsi qu'il faut procéder, parce que les détails particuliers se trouvent dans tous les livres spéciaux, et parce que les généralités que je veux exposer ne s'y trouvent pas.

Et je voudrais montrer par cet exemple que l'aridité si marquée de tant d'études scientifiques ne provient pas de la science elle-même, mais de ceux qui lorsqu'ils en écrivent ne savent pas démontrer à tous le grand intérêt qu'ils ont trouvé à son étude.

\* \*

La peau considérée comme frontière organique et au point de vue de sa défense contre les invasions microbiennes de l'extérieur est constituée par un double revêtement, par deux blindages accolés : c'est l'épiderme et le derme ; l'un et l'autre parcourus incessamment par une circulation de *globules blancs migrants*. Ce sont là les trois organes de défense du revêtement cutané, et à côté d'eux toutes les autres parties constituantes de la peau : système vasculaire et système nerveux, follicules et glandes sont, dans la question, d'un intérêt secondaire ; ils n'ont qu'un rôle tout accessoire. Qu'on nous accorde pour l'instant cette affirmation qui peut sembler arbitraire et qui d'ailleurs sera prouvée. La peau n'a que trois organes de défense : 1° son revêtement épidermique, ce que l'on pourrait appeler la peau superficielle ;

2° le revêtement fibro-élastique sous-jacent du derme (la peau profonde) ;

et 3° les globules blancs migrants qui parcourent l'un comme l'autre ces deux fourreaux juxtaposés. En d'autres termes, et pour synthétiser encore davantage, le microbe qui s'attaque au revêtement

cutané a devant lui trois ennemis : la cellule épithéliale malpighienne, la cellule fibreuse et le globule blanc.

Ces trois organes, tous les trois hautement différenciés dans des sens extrêmement divergents, comment vont-ils se comporter dans leur rôle commun de défense. Vont-ils tous trois réagir semblablement et se défendre par les mêmes moyens? En aucune façon et c'est là précisément ce qui va faire tout l'intérêt de cette étude.

La cellule différenciée n'a plus les facultés indéfinies de l'être unicellulaire, elle n'en a conservé et cultivé que quelques-unes d'un nombre restreint, mais d'une puissance singulièrement développée: Et c'est en ces facultés spéciales que réside sa fonction. Comment donc va-t-elle réagir devant un être offensif et inattendu pour elle. Elle réagira toujours par l'acte spécial qui est devenu sa fonction propre, parce qu'elle est trop différenciée pour pouvoir faire autrement. Une cellule ectodermique est trop éloignée d'un leucocyte pour réagir comme lui.

C'est d'ailleurs dans la nature une loi ordinaire, quasi absolue, que les organes de défense d'un être vivant ont une raison d'être supérieure à ce simple but de défense qu'ils n'assument que par adaptation et par surcroît: le loup se défend avec ses dents dont la fonction est de manger, le cheval avec ses pieds dont la fonction est la marche. Ainsi la cellule épithéliale se défend et ne peut se défendre que par sa fonction qui est de faire la cellule cornée.

De même, la cellule fibreuse se défendra en créant une couche fibreuse parce que c'est tout ce qu'elle sait et ce qu'elle peut faire.

Et le globule blanc, la cellule qui, par sa naissance, son rôle constant, ses migrations rappelle le plus l'être unicellulaire amiboïde, se défendra comme une amibe, en s'accolant à l'ennemi, en l'enveloppant, et en se nourrissant de lui.

*Ainsi chaque organe constitutif de la peau se défendra par la fonction même à laquelle l'a préparé sa forme différenciée.* L'épiderme reforme sa couche kératinisée sous la lésion microbienne et referme au-devant de lui la barrière qu'il avait brisée et franchie. Le derme fibreux envahi entoure l'envahisseur d'une coque fibreuse plus dense que lui-même. Enfin les globules blancs affluent autour du microbe, ils l'enveloppent et le digèrent.

Ainsi les moyens de lutte diffèrent pour ces trois organes, au même titre que leur fonction normale, car la fonction de la cellule épidermique est la *kératose*, comme celle de la cellule conjonctive est la *fibrose*, comme celle du leucocyte migrateur est la *phagocytose*. Et parallèlement ces trois modes de lutte auront des moyens différents : car la lutte épidermique rejette le microbe au dehors et procède par *éviction*, tandis que le derme densifié l'enrobe et procède par *inclusion*, pendant que les cellules migratrices l'absorbent et le détruisent

par *digestion*. Enfin et de même pour le clinicien chacun de ces modes de lutte aura son symptôme particulier spécial. Car la rénovation épidermique, pour l'œil de l'observateur, c'est l'*exfoliation*, c'est la squame, tandis que l'inclusion fibreuse ne se trahit sous ses doigts que par l'*induration* profonde, alors que la lutte des cellules migratrices, quand elle est perceptible à l'œil, devient pour lui la *suppuration*. Tels sont, énoncés en termes extrêmement généraux et simples, les trois méthodes de défense de la peau contre les microbes. On pourra chercher en vain sans en trouver d'autres, car pour le moment on n'en connaît aucune autre. Et tous les faits que l'on connaît se rangent dans l'une ou l'autre de ces trois catégories; et toutes les lésions microbiennes de la peau y sont comprises.

Sans doute, dans la nature, on ne trouve pas ces trois modes de réaction séparés toujours; leur division catégorique est artificielle, car la plupart des infections les montrent plus ou moins simultanés. Mais cependant les trois cellules épidermiques, fibreuse et lymphatique sont si bien et si essentiellement différenciées, chacune, que dans toute lésion leur mode propre de réaction reste toujours saisissant. Ces modes différents peuvent coexister, mais sans se masquer jamais l'un l'autre, et alors même qu'ils s'entraident, ils se conjuguent sans se confondre.

Envisageons l'un après l'autre ces trois modes réactionnels; nous avons signalé le premier écueil à éviter dans une telle étude; nous ne devons pas obscurcir, par des détails secondaires, la simplicité du cadre que nous tenons à établir. La faute inverse, à éviter pareillement, serait d'exposer une vérité de fait comme un simple schéma. Le cadre que nous apportons n'est pas une vue de l'esprit, il s'adapte aux faits d'une façon étroite et réelle, il en est l'*expression simple*. Et ce serait dommage de ne chercher qu'un amusement de l'esprit dans une vérité scientifique d'autant plus belle qu'elle est à la fois générale et particulière, et que tous les faits connus y rentrent sans effort, quoique chacun avec ses caractéristiques propres.

#### I. — LA DÉFENSE DE L'ÉPIDERME PAR L'ÉPIDERME

Étudions dans les livres les lésions histologiques dont s'accompagnent les épidermites microbiennes, nous trouverons décrites pêle-mêle, les transformations spongioïdes, vacuolaires, hyalines, granuleuses, œdémateuses de la cellule épidermique, l'œdème intercellulaire, les troubles et les disparitions de l'éléidine, les mitoses et les amitoses, etc., etc., etc... Si l'on étudie ces phénomènes soi-même et sur les coupes microscopiques qui ont prêté à ces descriptions confuses, voici ce que l'on peut observer :

La cellule épidermique malpighienne ne sait réagir à l'invasion microbienne que par l'exagération de sa fonction. Or sa fonction, la

fonction de la couche basale de l'épiderme, est de donner naissance à une série de cellules identiques qui, par des transformations successives régulières, deviennent le revêtement épidermique corné. Et ces transformations régulières s'effectuent chacune à leur heure précise, en sorte que le revêtement polycellulaire de l'épiderme normal est divisé par étages ou par strates : couche basale, couche granuleuse, couche translucide, couche cornée. Cette couche, dernier stade et ultime transformation de la couche malpighienne, s'exfolie au fur et à mesure de sa formation. Que l'on suppose maintenant une intrusion microbienne dans l'épaisseur de l'épiderme, nous y surprendrons deux ordres de phénomènes : une suractivité fonctionnelle et des perturbations de fonction.

1° Pour l'épiderme corné, ses couches successives se formeront plus vite, plus fréquentes, plus épaisses. Elles ne s'exfolient plus sitôt produites parce que leur kératinisation n'est pas terminée.

Voilà l'hyperkératose.

2° Dans l'épaisseur de l'épiderme, les couches filles de la couche basale, qui se transformaient par strates régulières, sont troublées dans leurs mutations. Ici l'éléidine de la couche granuleuse manquera, là c'est le pigment. Ici les cellules polyédriques deviendront globuleuses. Voici toutes les transformations vacuolaires, spongoides, etc. et aussi les mitoses et les amitoses, phénomènes classiques de multiplication cellulaire qui sont l'indice certain de la suractivité fonctionnelle, mais tous phénomènes qui indiquent en même temps que la *suractivité* de la fonction normale, les *perturbations* de cette fonction. Ainsi, à côté de la kératinisation à peu près normale et seulement exagérée, il y aura les *troubles* de la kératinisation, à côté de l'hyperkératose, toutes les parakératoses (1).

En ces quelques lignes tient toute la physiologie pathologique générale de l'épiderme, aux prises avec un envahissement microbien.

Que les parakératoses varient de forme et d'intensité avec la forme

(1) Comme presque toutes les discussions scientifiques proviennent de définitions mal comprises, je dois indiquer ici qu'on peut donner aux deux mots *hyperkératose* et *parakératose* un sens étroit et précis différent du sens générique dans lequel je les emploie. Pour M. Unna, par exemple, l'hyperkératose ne s'applique qu'au cas où les couches kératinisées surproduites ont exactement les caractères de la kératinisation normale, c'est-à-dire quand les cellules n'ont plus de noyau.

De même la parakératose pour M. Unna c'est seulement l'état des *cellules cornées* déjà *kératinisées*, mais dont la kératinisation est incomplète et dont le noyau persiste.

Il est évident que nous prenons ici ces deux mots dans un sens beaucoup plus étendu. L'hyperkératose s'accompagne presque toujours de la conservation des noyaux cellulaires et d'une kératinisation incomplète. De même, suivant l'étymologie, nous désignons ici sous le nom de parakératoses, tous les troubles préparatoires, des cellules épidermiques profondes qui les empêcheront d'aboutir à la kératinisation normale.

et la virulence microbienne qui les provoquent, c'est à l'avance certain. Mais l'observation de ces modes particuliers n'importe qu'à des catégorisations secondaires et non pas à notre sujet plus général. Il suffit, pour comprendre le mécanisme de toute lésion microbienne épidermique, de connaître ce qui précède et qui peut être ainsi résumé:

1° L'épiderme se défend par suractivité fonctionnelle. Sa fonction est de créer l'épiderme corné : sa suractivité en créera d'une façon exagérée et anormale. Le résultat de sa fonction normale aboutit à la création de la couche cornée (kératose) : son hyperactivité fonctionnelle fera l'*hyperkératose*.

2° Cette suractivité ne peut être sans troubler les qualités foncières de chaque cellule. Chacune ne vaudra pas ce qu'elle eût été, faite sans trouble avec moins de hâte. Au lieu et place de l'*eukératose* normale on pourra surprendre toutes les perturbations possibles dans les qualités normales des couches épidermiques intermédiaires parakératoses. Au point de vue symptomatique, comment se traduisent ces lésions, examinées à l'œil nu sur le malade ? Objectivement le processus de défense épidermique constitue toutes les lésions exfoliatives jadis communément désignées sous le nom de *dartres*. Le *pityriasis simplex* du cuir chevelu, les *trichophyties* épidermiques non vésiculeuses, le *pityriasis rosé* de Gibert, l'*érythrasma*, l'*eczéma sec*, et même les squames épaisses du *psoriasis* n'ont pas une autre origine. On peut mesurer par cette très incomplète énumération le rôle des hyperkératoses dans la pathologie cutanée, par conséquent le rôle du processus de la défense épidermique que nous venons d'exposer.

La rapidité des formations épidermiques nouvelles est véritablement prodigieuse, et la clinique la constate journellement. En une nuit se forme une squame psoriasique épaisse comme une feuille de carton, qui la veille n'était pas née. Combien n'est-on pas plus étonné encore de constater microscopiquement que cette squame comprend trente couches superposées de lamelles cornées, œuvre d'un jour.

Les dermatologistes qui ont suivi de près l'évolution du *pemphigus foliacé* peuvent seuls savoir ce qu'un épiderme peut fournir de squames et la rapidité avec laquelle il se renouvelle.

Examinons maintenant, au point de vue spécial de la défense de l'organisme, quels sont les résultats du processus d'exfoliation épidermique qui constitue le mode propre de réaction de l'épiderme au microbe.

La vie même de l'épiderme, sa vie normale, amène incessamment ses couches profondes à la surface où elles s'exfolient. Il se produit donc une perpétuelle exfoliation des couches mortifiées, et si elles sont microbiennes, une perpétuelle éviction des microbes qui vivent sur elles. L'épiderme est dense et ses cellules ont une coque dure, le



microbe n'est pas doué de mouvement, au moins de mouvement utile à sa pénétration. Il ne pénètre l'épiderme que par pullulation sur place, un microbe naît à côté d'un autre, un autre devant lui, et devant lui d'autres encore. C'est ainsi qu'ils s'enfoncent entre les cellules accolées comme une racine pénètre dans la terre; et telle est la résistance des cellules cornées qu'on ne trouve pour ainsi dire jamais de microbes au dedans d'elles, mais entre elles seulement.

Si pendant ce temps l'épiderme réagit comme il le fait toujours, par l'exagération de sa fonction, son exfoliation normale et invisible de-

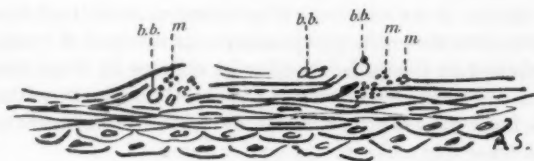


FIG. 1. — Couche superficielle de l'épiderme dans le pityriasis capitis vulgaire.

b.b. Bacille bouteille. — m. Cocci (morocoque?).

vient anormale et visible. C'est la pellicule, c'est la squame, c'est-à-dire l'éviction microbienne. (Fig. 1.)

Et l'on assiste à ce spectacle singulier pour qui veut réfléchir, d'un épiderme incessamment pénétré et disjoint en surface, sans que la pullulation microbienne, qui pourtant se renouvelle incessamment comme la couche cornée elle-même, puisse dépasser les couches épidermiques les plus superficielles: témoin le *pityriasis capitis*; le patient gardera dix ans et plus des pellicules sans présenter jamais rien de plus qu'elles. Et combien d'autres infections squameuses chroniques dont l'évolution ne se complique pas même d'une érosion, de la moindre plaie!

## II. — LA DÉFENSE DE L'ÉPIDERME PAR LE LEUCOCYTE

En quelque lieu du tégument que se fasse une agglomération leucocytaire, il est impossible que la défense de la peau par le leucocyte se présente sous un aspect aussi schématique que la défense de l'épiderme par lui-même, par hyperkératose. Car l'action leucocytaire aura toujours pour théâtre soit l'épiderme, soit le derme, or il est impossible que l'épiderme ou le derme infectés ne réagissent pas eux-mêmes. Tout tableau de défense leucocytaire est donc mixte; néanmoins nous allons montrer par des exemples que même sur les lésions les plus complexes, il est aisé de faire à l'œil la part de chacun des modes de défense de la peau, de restituer son rôle légitime au globule blanc comme à la cellule épithéliale.

Pour cela il nous suffira d'étudier la structure de trois lésions : la première siégeant à la surface de l'épiderme corné (lésion élémentaire du psoriasis) ; la seconde un peu plus profondément située, ayant pour plancher le corps muqueux (la vésicule primaire de l'eczéma morococcique d'Unna, ou la vésicule de l'impétigo vulgaire) ; la troisième beaucoup plus profonde allant jusqu'à la nécrose du derme (le bourbillon du furoncle).

I. — Normalement l'épiderme n'a pas de circulation lymphatique organisée. Cette circulation n'existe que dans le feutre fibro-élastique du derme. Mais toutes les couches de l'épiderme sont perméables aux globules blancs, et sur une coupe d'épiderme normal, il est bien rare de ne pas trouver deci delà quelque leucocyte déformé et aplati, surpris au moment où il se glissait entre les cellules du corps muqueux ou du *stratum granulosum*. Cette possibilité, rarement utilisée par le globule blanc dans la peau normale, devient immédiatement un système de défense très puissant dès qu'il y a lieu.

I. — Le premier exemple que nous en donnerons présente un défaut qu'il n'y a point lieu de chercher à dissimuler. Il nous est fourni par la squame du psoriasis et la cause microbienne du psoriasis n'est pas démontrée. Néanmoins la justification de notre choix est facile ; un exemple vaut par l'extrême démonstration qu'il apporte à la règle, et dans le cas particulier on verra qu'il n'en peut exister de meilleur.

La lésion élémentaire du psoriasis (1) est une fine érosion de la couche cornée, immédiatement remplie par une immigration de globules blancs, venus à travers le corps muqueux. Sous la couche cornée réduite à un seul feuillet cellulaire se forme la collection de cellules migratrices contenant de vingt à cent leucocytes. Et c'est là toute la lésion.

Aussitôt les couches superficielles de l'épiderme réagissent, comme nous le savons, par une hyperkératose intense, et la lésion entière avec ses globules blancs est rejetée hors de la peau, et séparée d'elle par une nouvelle couche cornée aussitôt refaite. Mais au-dessous de ces couches kératosiques néoformées, le germe inconnu du psoriasis demeure en un point quelconque. Alors en ce point une nouvelle collection leucocytaire se produit sous la squame première, provoquant une réaction hyperkératosique nouvelle. Ainsi la coupe d'une squame épaisse de psoriasis montre dix, vingt abcès leucocytaires, réduits aux noyaux desséchés des leucocytes, abcès microscopiques enchâssés entre autant de litières de cellules cornées renouvelées. La squame d'une lésion de psoriasis résume, momifiée et conservée par la kératose, l'histoire de la lésion même qu'elle recouvrait. (Fig. 2.)

(1) W.-J. MUNRO. Note sur l'histologie de la lésion élémentaire du psoriasis. — *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1898, p. 961.



Est-il possible de rencontrer une lésion plus simple, plus probante et plus schématique, montrant mieux le rôle propre au globule blanc, à côté du rôle que nous connaissions déjà de l'épiderme?

La lésion du psoriasis est donc le plus simple des processus morbides où l'on puisse voir conjuguées la défense épidermique et la défense leucocytaire. C'est à ce titre que nous avons voulu la présenter.

II. — Bien d'autres lésions peuvent nous donner de la défense leucocytaire dans l'épiderme une idée plus nette encore, ce sont celles où la colonie microbienne est portée non plus en surface de la couche cornée mais au-dessous d'elle.

Ici les cellules épithéliales moins sèches et plus succulentes se défendent moins bien contre le microbe et lui offrent plus d'aliment. Il

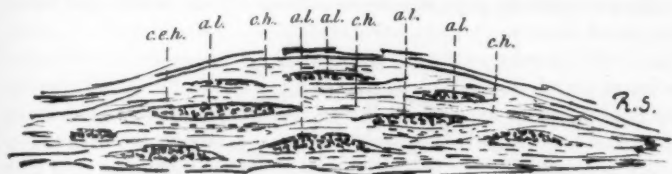


FIG. 2. — Squame psoriasique.

a.l. Agglomération leucocytaire. — c.h. Couches épidermiques hyperkératosées.

pullule, il produit les poisons qui sont ses *excreta*. Aussitôt dans toute la région sous-jacente la diapédèse se manifeste et les globules blancs arrivent en foule.

Tout le monde connaît les travaux de Heckel et de Metchnikoff sur les causes et les modes de cette immigration des leucocytes sur les champs de bataille microbiens. C'est cette attirance qu'offrent les toxines effusées pour les globules migrants qui constitue ce qu'on appelle le chimiotaxisme positif et qui dirige les leucocytes vers le foyer dont elles émanent.

Rien n'est plus curieux sur une coupe verticale d'impétigo staphylococcique par exemple que de surprendre les couches profondes de l'épiderme sous-jacentes à la lésion, infiltrées de leucocytes aplatis par les surfaces cellulaires qu'ils contournent et qui tous se dirigent vers le foyer microbien. L'afflux leucocytaire autour des groupes microbiens, afflux énorme et en apparence disproportionné avec sa cause, disloque l'épiderme et le refoule. Plus la lésion est congestive, plus il y a d'exsudation séreuse concomitante, car le sérum transsude des vaisseaux du corps papillaire jusque dans la vésicule en formation, en suivant les mêmes boyaux sinueux que les leucocytes

depuis leur issue des vaisseaux ont créés pour y parvenir. Ainsi est faite la vésicule, ainsi sont faites presque toutes les vésicules microbiennes.

Autour des petits groupes microbiens, des amas leucocytaires, du sérum effusé, le tout contenu sous une coupole de la couche cornée entre des murs constitués par des couches épidermiques disloquées, le plancher de la vésicule étant constitué par le corps muqueux.

Suivons l'évolution de la lésion ainsi créée. La phagocytose s'exerce plus ou moins nettement et abondamment, suivant l'espèce microbienne en cause. Des microbes sont englobés par les leucocytes et digérés ; on trouve des leucocytes contenant dix et quinze staphylocoques inclus. Ailleurs ce sont les leucocytes qui meurent, leur protoplasma disparaît par colliquation, et va augmenter le liquide de la vésicule ; le noyau reste colorable.

Dans la vésicule primaire morococcique (1) on trouve des bancs

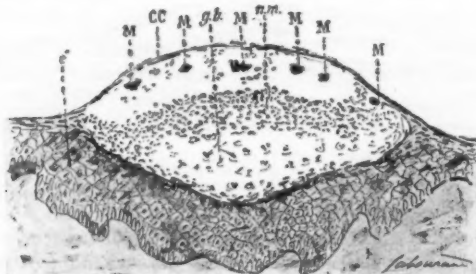


FIG. 3. — Vésicule morococcique.

M. Morocques en paquets agglomérés. — É. Épiderme. — C.C. Couche cornée. — g.b. Globules blancs. — n.m. Noyaux de leucocytes morts.

agglomérés, des litières de noyaux de leucocytes morts, qui strient transversalement le contenu de la vésicule. Dès ce moment tout est à peu près terminé. Comment cela ? Parce que sous la vésicule, dès que la diapédèse s'est arrêtée, l'épiderme s'est reconstitué, poussant tout à la vésicule, la collection microbienne et la collection leucocytaire au dehors. (Fig. 3.)

Sous la vésicule d'eczéma, sous la vésicule d'impétigo, quand elles sont vieilles de deux jours, déjà le microscope montre la rénovation des cellules plates de la couche cornée, au-dessus du corps muqueux demeuré intact sous la vésicule. Cette rénovation se fait des bords de

(1) Nous prenons cet exemple de préférence à celui qu'on pourrait tirer de l'impétigo commun, parce que celui-ci siègeant toujours autour d'un follicule, l'aspect de la lésion peut être plus compliqué, moins schématique.

la lésion vers son centre. Encore quelques heures et sous la lésion encore enchâssée dans la peau, l'épiderme aura reformé l'essentiel de sa structure. Deux jours plus tard la lésion séchée, globules blancs et microbe, tout sera jeté dehors par la rénovation épidermique sous-jacente. Beaucoup de microbes seront encore vivants, ils fourniront à l'ensemencement des cultures florissantes ; mais qu'importe, la croûte faite de déchets épidermiques, de sérum, de leucocytes morts et de microbes repose désormais sur une couche cornée neuve et fermée.

Ici donc deux processus familiers à toutes les lésions microbiennes exsudatives de la peau : α) le premier est la lutte phagocytaire intra-épidermique ; β) elle permet à l'épiderme de se reformer au-dessous d'elle et de rejeter la lésion hors de lui.

III. — Malgré les fonctions de défense assumées par l'épiderme, il peut se faire qu'un microbe soit porté d'emblée au-dessous de lui, par exemple par un traumatisme direct tel qu'une piqûre d'épine ou d'aiguille. La disposition de l'épiderme prête aussi d'une autre façon aux invasions microbiennes. *Le point faible de sa structure est le follicule pileux.* Cet étui profond qui s'enfonce au travers du derme jusqu'au pannicule adipeux sous-cutané est différencié dans un but spécial qui est la formation du poil. Son revêtement cellulaire se trouve être beaucoup plus plat, moins épais que le revêtement épidermique vrai. Enfin la disposition en entonnoir de son orifice prête aux développements microbiens. Cliniquement on connaît déjà sur l'épiderme sain la fréquence des folliculites ; peut-être tout le monde ne sait-il pas que non seulement toutes les variétés d'acné et l'acné nécrotique et le furoncle, mais la plus banale des suppurations épidermiques, la vésicule d'impétigo staphylococcique a *toujours* un follicule pileux pour siège et un poil pour centre.

Donc le follicule pileux est le défaut de la cuirasse épidermique, et le pourtour de son orifice est le point de départ ordinaire des infections cutanées profondes. Nombre d'abcès profonds débutent par une vésicule épidermique périfolliculaire, et au-dessous d'un étranglement présentent un deuxième foyer profond. Nombre d'abcès acnéiques ont cette forme bien connue de l'abcès en bouton de chemise.

Les abcès dermiques aigus et les furoncles nous donnent l'exemple le plus net que l'on puisse trouver de la défense leucocytaire absolue, pure de tout mélange. Car dans un abcès qui est souvent *périfolliculaire* d'emblée ou presque de suite, l'épiderme folliculaire est attaqué par derrière sans qu'il puisse aucunement réagir. Et l'infection elle-même est d'une durée si brève que la défense fibreuse n'a pas le temps de s'organiser. (Fig. 4.)

Le tableau que présentent ces abcès ne diffère pas essentiellement de celui que nous a montré la vésicule épidermique microbienne. Un nombre immense de leucocytes agglomérés ; à la périphérie de l'abcès

des pelotons microbiens enclavés par des groupes leucocytaires; en son centre des bancs ou des strates de leucocytes morts dont le noyau seul demeure intact et colorable; et rien d'autre. Un seul caractère domine ces suppurations dermiques aiguës: leur étendue possible, leur dimension; car quand la peau ne peut mettre en œuvre qu'un

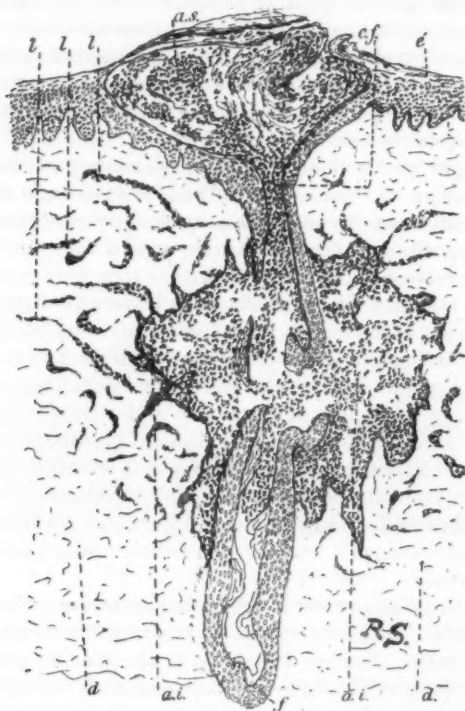


FIG. 4. — Abscès aigu en bouton de chemise de l'acné polymorphe.

*a. s.* Abscès supérieur. — *a. i.* Abscès inférieur. — *c. f.* Canal folliculaire infecté. — *l.* Fentes lymphatiques gorgées de globules blancs. — *é.* Épiderme. — *d.* Derme. — *f.* Fond du follicule.

seul de ses moyens de résistance, il est naturel que les dégâts soient moins circonscrits.

Dans le furoncle, c'est-à-dire quand la toxine microbienne amène une réaction sphacélique, on trouve, autour du peloton aggloméré du microbe causal, un épais matelas de noyaux morts, difformes, aplatis, déchiquetés, tous juxtaposés, à peine séparés les uns des autres par

un réseau de fibrine, et cette structure du bourbillon reste la même jusqu'au sillon d'élimination qui sépare le mort du vif et circonscrit le bourbillon. (Fig. 5.)

Ici encore la réaction leucocytaire est la seule visible ; la défense

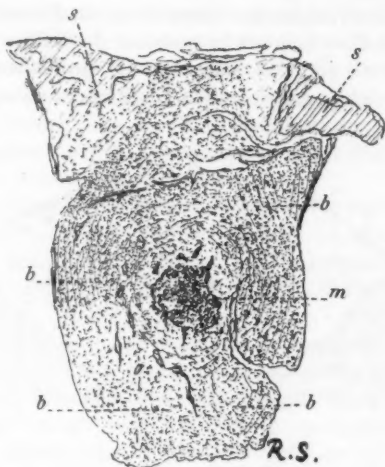


FIG. 5. — Bourbillon de la folliculite furonculaire.

*b.* Bourbillon constitué par un agglomérat de noyaux de cellules migratrices mortes, noyaux englobés dans un réseau de fibrine. — *m.* Noyau microbien du bourbillon. Aucun microbe n'existe en dehors du centre. — *s.* Coagulum séreux.

est tout entière lymphatique parce que d'emblée l'infection est sous-épidermique. Dès lors l'épiderme n'y saurait prendre aucune part et cette infection est de durée trop brève pour que le tissu fibreux, lui non plus, puisse constituer aucun appareil de défense.

\*  
\*  
\*

*La réfection de l'épiderme au-dessous des suppurations profondes.*

Nous avons vu comment l'épiderme blessé et envahi jusqu'au niveau du corps muqueux (eczéma, impétigo) reconstitue son intégrité au-dessous de cette lésion superficielle. Ce phénomène présente un intérêt extrême par ce seul fait qu'il représente le processus de guérison de toutes les dermatoses épidermiques curables. C'est toujours ainsi qu'elles se terminent.

Mais il serait bien plus instructif encore d'étudier cette reconstitution de l'épiderme en des points où toutes ses couches ont été détruites, y compris même la couche basale de ses cellules-mères. Car cette

réfection est proprement une renaissance. C'est pourtant ce que l'on peut observer tous les jours dans ces lésions cutanées de siège intra-dermique, à terminaison cicatricielle. Cette reconstitution touche alors aux plus difficiles problèmes de la reproduction cellulaire, problèmes maintes fois étudiés d'ailleurs. (Fig. 6.)

Dans l'acné nécrotique par exemple le point d'invasion microbienne est superficiel, c'est toujours le pourtour de l'orifice pileaire, mais la lésion s'étend de suite en surface et en profondeur. On retrouve dans la croûte, plus tard, le réticulum fibreux du corps papillaire et

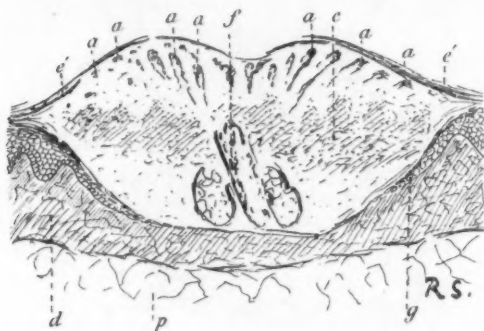


FIG. 6. — Coupe de la lésion constituée de l'acné nécrotique.

*d.* Derme. — *p.* Pannicule adipeux sous-cutané. — *g.* Réfection de l'épiderme sous la lésion. — *f.* Follicule pileaire cantonné de ses glandes sébacées. — *e.* Croûte totale. — *é.* Épiderme. — *a.* Microbes (cocci).

jusqu'au squelette fibreux des glandes sébacées (1). L'évolution de la lésion est extrêmement rapide. Tout est fait en quelques jours. Quand la croûte tombe, cette croûte, qui a la forme d'un cristallin, est enveloppée comme le cristallin par ses cristalloïdes, d'une double surface d'épiderme corné. Et quand on suit au microscope les derniers jours de la lésion, on voit au-dessous d'elle, directement sur le derme mis à nu et entaillé, on voit se refermer cet épiderme qui va revêtir la face profonde de la croûte. On voit les cellules épithéliales aplaties renaître côte à côte, depuis les bords de l'ulcération jusqu'en son centre, par une sorte de foisonnement, sans qu'on puisse comprendre par quel mécanisme des cellules évidemment produites par une cellule malpighienne comme celles qui vont devenir quelques jours plus tard de simples lamelles cornées, comment ces cellules, dis-je,

(1) Ce fait n'est pas constant ni même fréquent, mais possible ; j'ai des préparations qui en font foi.

auront hérité des propriétés *maternelles*, comment elles vont pouvoir créer à leur tour de nouvelles cellules épidermiques indéfiniment?

### III. — LA DÉFENSE DU TISSU CONJONCTIF PAR LUI-MÊME

Nous examinerons maintenant comment réagit aux infections microbiennes, la peau profonde, le tissu fibro-élastique du derme. Par lui-même il ne peut avoir qu'un mode réactionnel qui est de condenser et d'épaissir sa trame autour du foyer microbien. Ce tissu est extrêmement robuste, on ne le voit jamais détruit que par sphacèle et mortification en bloc; même alors, ses fibres élastiques sont éliminées sans modifications apparentes de leur structure. C'est donc bien le type même d'un tissu d'obstacle et de résistance.

Une infection microbienne dans son épaisseur se traduit invariablement par la multiplication des cellules conjonctives et par un afflux de cellules migratrices. Ici l'afflux leucocytaire trouve ses voies ouvertes puisqu'entre chaque maille conjonctive, les cellules lymphatiques circulent librement.

Leur accumulation en un point refoule le tissu conjonctif de toutes parts, qui réagit à son tour par la prolifération des cellules fixes, et dès lors l'organisation d'une coque fibreuse commence autour de l'abcès en formation, ou du tubercule. Très promptement cette coque fibreuse est complète et à peu près étanche. Car la paroi des abcès prend très vite cet aspect homogène, membraneux qui était la membrane pyogénique des anciens auteurs, et qui est constituée par une couche continue de cellules migratrices juxtaposées.

Ce sont précisément ces cellules migratrices disposées sur le plancher même de la coque fibreuse comme des cellules épithéliales, qui prennent, peut-être par la similitude de leur disposition et de leur nutrition à distance] de tout vaisseau, ces caractères épithélioïdes depuis longtemps remarqués. L'examen histologique sur coupes, d'une série d'abcès à toutes périodes, montre cette barrière de cellules migratrices constituée avant même l'organisation complète de la barrière fibreuse. L'issue des globules immigrés hors de la cage fibreuse devient de plus en plus difficile, à mesure que l'enveloppe conjonctive s'organise et se densifie.

Tout ce qui est d'origine et de structure fibreuse dans la région participe à ce processus de densification et d'encloûture. De même qu'on voit un cocon de chenille se former entre des feuilles et des brindilles, en utilisant partiellement celles-ci comme paroi, de même, si des vaisseaux avoisinent la coque fibreuse, ils sont pris dans le travail de fibrose et englobés dans sa confection. Bientôt leur propre enveloppe conjonctive s'épaissit, alors leur calibre inférieur se restreint. Ainsi toutes les sources d'alimentation du nodule se tarissent par son mode même d'édification. Tout contribue à faire de lui la



forme capsulaire close sous laquelle il sera le corps étranger inerte et bien toléré, c'est ce que l'on peut considérer comme le triomphe de la défense fibreuse. L'exemple en est dans les tubercules fibro-crétacés des sommets.

Dans le nodule d'infection dermique ainsi formé, il serait puéril de chercher à séparer idéalement le rôle des globules migrants et le rôle de l'écorce conjonctive qui les entoure. Objectivement, sur des coupes, sa double structure fibreuse et leucocytaire est aussi tranchée que possible, mais physiologiquement le rôle de ses deux éléments n'est pas séparable. Cliniquement en tous cas, il est aisé d'apprécier l'importance du travail de défense que ce nodule représente. Il suffit pour cela de comparer l'évolution du même microbe, de la même maladie, dans le derme cutané d'une part, et partout ailleurs. Alors on est vraiment frappé d'une façon extraordinaire par ce fait que toute évolution morbide quand elle a pour siège l'épaisseur du derme est infiniment retardée. Aucune comparaison n'est à établir entre l'évolution d'une tuberculose dermique comme le *lupus*, et celle d'une tuberculose viscérale quelconque. Évidemment la même tuberculose est moins dommageable au tégument qu'au poumon, en raison de l'importance fonctionnelle différente de ces deux organes. Mais cela est une question autre. Ce qu'il faut voir c'est que la même tuberculose au poumon progressera en général vingt fois, cent fois plus vite que dans la peau.

Ce n'est pas là un fait particulier, c'est bien un fait général et constant. Si en regard de la tuberculose viscérale, on envisage la morve viscérale, on observera qu'elle aussi est presque toujours aiguë ou subaiguë, et le *farcin* qui est la morve cutanée, invariablement ou presque invariablement chronique comme le *lupus*, dont il est la forme homologue.

Alors on se rendra compte que l'évolution des maladies à tubercules est lente et atténuée dans la peau et par la peau ; que c'est là un fait dépendant non pas de la nature de la maladie et du microbe, mais bien de la peau et de ses moyens de défense. Et cela est si vrai que jusqu'aux preuves bactériologiques, la clinique vétérinaire avait distingué le *farcin* de la morve, tout juste comme la clinique dermatologique avait décrit le *lupus*, sans voir son identité de nature avec les tuberculoses viscérales.

Or toutes ces maladies ne sont pas de siège épidermique, elles occupent le territoire de ce que nous distinguons sous le nom de peau profonde. Il y a donc dans cet organe spécial des éléments de défense particuliers à lui et il est impossible de les localiser ailleurs que dans l'élément conjonctif lui-même.

Si l'on envisage la trame fibreuse de la peau comparativement à celle des viscères, on voit que dans la peau, cette trame fibreuse fait à



elle seule tout l'organe, tandis que dans chaque viscère cette trame se trouve réduite à son minimum, laissant toute place possible aux cellules propres du viscère. Pourtant, quand on envisage de quelle façon un viscère a su résister à une intrusion microbienne quelconque, on peut vérifier toujours que c'est lorsqu'aux dépens de sa trame fibreuse il a su constituer autour du foyer microbien une coque conjonctive épaisse. Or c'est ce qui se passe toujours autour des foyers microbiens du derme. Et cette corrélation me semble mettre hors de doute l'importance du nodule fibreux dans le ralentissement singulier des plus graves infections cutanées.

Sans doute les faits qui précèdent sont en partie de connaissance commune, et particulièrement ces faits de tuberculoses viscérales, lentes parce qu'elles sont fibreuses. Ce ne sont pas des faits nouveaux, mais je les rappelle parce qu'ils sont d'une puissance de démonstration absolue.

On ne peut en pathologie générale apprécier le rôle du tissu conjonctif cutané dans la défense de l'individu, que par la comparaison évolutive des diverses maladies dans la peau et dans les viscères. Alors, pour toutes les maladies à tubercules et, d'une façon générale, pour toutes les maladies chroniques, le rôle du tissu conjonctif dans la défense cutanée est mis en pleine lumière et d'une façon si démonstrative qu'il est impossible de le nier.

#### IV. — LA DÉFENSE LEUCOCYTAIRE DANS LE NODULE FIBREUX DES INFECTIONS CHRONIQUES DU DERME.

En même temps que s'effectue cette néoformation fibreuse dont les premières étapes nous sont maintenant connues, que devient la défense leucocytaire dans l'intérieur de ce nodule qui est le mode propre de défense du tissu fibreux ? c'est ce que nous allons examiner.

Chose remarquable en un temps où la phagocytose a été étudiée jusque dans ses détails, on n'a pas vu surgir encore un travail d'ensemble, opposant l'un à l'autre les procédés de la défense phagocytaire dans les lésions aiguës et dans les lésions chroniques. On peut dire cependant que toutes les suppurations aiguës se ressemblent entre elles, histologiquement et objectivement ; de même, tous les processus de réaction leucocytaire chronique se ressemblent entre eux. Quand on examine une série de lésions suppurées, sans avoir égard à leurs différentes causes microbiennes, on en arrive à conclure que la lenteur de leur formation et de leur évolution est le principal facteur de leur structure.

Ainsi les caractères de la lutte phagocytaire changent beaucoup plus avec la durée d'évolution de la lésion qu'avec sa cause microbienne. Quels sont les grands faits histologiques qui différencient

le contenu d'un nodule suppuré chronique, de celui d'un abcès aigu ? Entre eux les différences de détail sont innombrables, mais les caractères histologiques principaux des cellules intérieures au nodule fibreux sont peu nombreux.

1° Le premier par ordre d'importance est la tendance à la formation de cellules géantes. 2° Le second, le remplacement progressif des cellules polynucléées de la suppuration primitive, par des cellules mononucléaires fibroïdes. 3° Enfin c'est l'organisation fibreuse intérieure du nodule. Je prendrai tous ces faits comme je les connais, comme des stades successifs, sans discuter le mécanisme de leur formation. On les voit se succéder, cela est certain. Comment se succèdent-ils ? Ceci est une autre question plus difficile, et qui peut rester pendante sans nuire à la présente discussion.

1. — Il est certain que dans tous les nodules fibreux se forment, aux dépens des leucocytes à noyau tréflé, des cellules énormes à noyaux multiples. Comment a lieu cette création ? La cellule géante est-elle, comme on l'a dit, une congrégation de globules blancs fusionnés, unissant leur protoplasma et leurs noyaux à la façon dont se forment les plasmodies des myxomycètes, destinés à procréer ensemble les sacs de spores appelés *sporanges* ? Au contraire, la cellule géante est-elle un leucocyte unique énormément hypertrophié, dont le noyau s'est multiplié ? Je penche vers cette opinion dont les suppurations chroniques de l'acné me semblent fournir la preuve. Mais pour l'instant peu nous importe.

Ce qui importe c'est que la formation des cellules géantes par les leucocytes polynucléaires, au centre des nodules fibreux du derme est un fait général ; et l'on trouve suivant la cause première de ce nodule fibreux, tous les stades, toutes les formes, toutes les dimensions de cellules géantes. Il est certain que celles du nodule tuberculeux sont les types les plus achevés qu'on en puisse décrire, mais à tous points de vue, celles des autres nodules de suppuration chronique du derme, bien qu'elles soient moins parfaites et moins typiques, sont du plus haut intérêt en raison de la parenté formelle qu'elles établissent entre toutes ces suppurations chroniques.

2. — Le remplacement des cellules polynucléaires par des cellules fibroïdes, à noyau ovale, unique, est un phénomène également progressif et qui marche du même pas que l'organisation fibreuse intérieure du nodule. Est-ce un remplacement vrai ? La cellule leucocytaire devient-elle une cellule fixe ou est-elle remplacée par une cellule fixe ? Ici encore je ne saurais me prononcer. Je crois plus à son remplacement qu'à sa transformation *in situ*, mais pour le problème que nous suivons, peu importe encore.

3. — En tous cas, ce qui se passe alors est extrêmement intéressant. En dedans de la coque primitive du nodule on voit se former toute une

succession d'écorces intérieures concentriques, criblées de cellules ayant toutes les apparences des cellules fixes. La cavité même du nodule se trouve découpée de minces cloisonnements fibreux, immobilisant chaque cellule en sa place. C'est la transformation définitive de l'abcès primitif en un *fibrome*. C'est ainsi que guérissent les nodules tuberculeux du lupus quand ils guérissent spontanément. (Fig. 7.)

Sans doute, toutes les suppurations chroniques ne sont pas identiques au nodule tuberculeux. Ainsi dans les abcès chroniques de l'acné indurée, la persistance des leucocytes polynucléaires dans toute

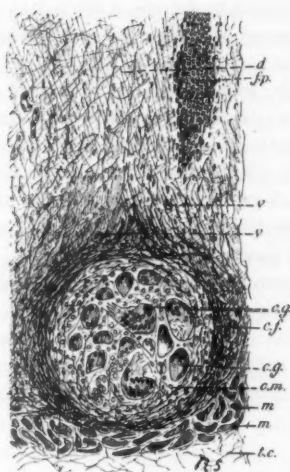


FIG. 7. — Tubercule lupique (du visage).

*d.* Derme. — *fp.* Follicule pileux. — *v.* Vaisseaux. — *c.g.* Cellules géantes. — *c.f.* Coque fibreuse du tubercule. — *c.m.* Cellules mononucléaires. — *m.* Muscle peaucier. — *t.c.* Tissu cellulaire.

la cavité de l'abcès est presque indéfinie, et cela en dépit de l'organisation fibreuse progressive du nodule. Dans l'acné indurée, et dans d'autres nodules de suppurations chroniques, on voit aussi survenir les grands globules migrateurs à noyau réniforme pâle, qui sont pour les uns des répurgateurs de cellules mortes, pour d'autres simplement des formes de dégénérescence de cellules à noyaux tréflés. On voit bien d'autres phénomènes de détail, d'un intérêt extrême, dont la part contributive aurait besoin d'être éclaircie, mais nous ne pouvons nous y attarder ici.

Et maintenant, quelles conditions, dans les suppurations chroniques, produisent l'apparition de ces types cellulaires nouveaux? Il n'y

a qu'une condition qui soit spéciale à toutes ces lésions leucocytaires chroniques, c'est leur enrobage dans une capsule fibreuse. Ainsi les caractères de la défense leucocytaire deviennent spéciaux quand la lutte se trouve circonscrite à l'intérieur d'un noyau fibreux. Comment l'enveloppe conjonctive intervient-elle pour déterminer ces modifications cellulaires ? C'est là un problème qui n'a jamais été étudié comme il convient. Faut-il y voir une organisation spéciale de la lutte « en champ clos » les leucocytes s'adaptant aux nouvelles conditions qui leur sont faites, pour mieux détruire la colonie microbienne avec laquelle ils sont aux prises ? J'y vois seulement pour ma part des signes de dégénérescence, d'altération et de sommeil. Dans leur enclos, les globules blancs se trouvent de plus en plus isolés du reste de l'organisme ; à mesure que le nodule fibreux se fait de plus en plus impénétrable, leur condition se fait de plus en plus anormale et précaire. Ils périssent et leurs anomalies de forme me semblent témoigner surtout d'une dégénérescence progressive. Car elles se prononcent d'autant plus que les vaisseaux avoisinant le nodule conjonctif présentent un travail fibreux plus oblitérant.

Et en effet, chacun des modes de défense de l'organisme est absolu, c'est-à-dire qu'il se poursuit aveuglément.

Ainsi voit-on l'*hyperkératose* jeter hors de l'épiderme amis et ennemis, globules blancs et microbes. Ainsi et de même, la *fibrose*, quand elle atteint son stade ultime, détruit tout ce qu'elle enserme. Et c'est ainsi que les tubercules crétacés des sommets ne montrent plus que des vestiges très effacés de l'organisation leucocytaire qu'ils ont jadis présentée.

\* \*

Le travail précédent peut se résumer en cette seule idée que toute lésion pathologique parasitaire est un mélange d'offense et de défense, d'action et de réaction, que toute lésion microbienne, en un mot, n'est qu'un *tableau de bataille*. C'est là ce qu'il faut comprendre et ne jamais oublier, car cette notion est le fondement même de l'histologie pathologique. Et quand on méconnaît cette notion, l'histologie pathologique devient à la fois fastidieuse et inutile, parce que tout en elle demeure inintelligible. Dans l'histopathologie cutanée, celui qui n'a pas acquis cette notion première ne peut comprendre aucune lésion parasitaire. Pour lui l'exfoliation qui est le mode de défense épidermique, la suppuration qui est le mode de défense leucocytaire, l'induration qui est le mécanisme de la défense fibreuse demeurent des phénomènes inconnus dans leur essence. Leurs intimes rapports demeurent cachés.

Pourtant ces processus si différents en apparence ont une homogénéité profonde. Quand on étudie la genèse de chacun d'eux, cette

homogénéité devient saisissante, chacun de ces actes a la même cause et le même effet. C'est la défense de chaque tissu par lui-même, de chaque cellule par elle-même. Et ces phénomènes si simples, ces supurations, ces indurations, ces squames, que la dermatologie a vues palpées, étudiées, classées si différemment, ce sont les trois actes essentiels par lesquels le tégument peut se défendre. Isolés ou conjugués ces trois phénomènes font toutes les lésions cutanées microbiennes. Physiologiquement ces trois fonctions assurent l'intégrité du revêtement épidermique, et pathologiquement c'est encore elles qui suffisent à rétablir cette intégrité quand le tégument l'a perdue.

Pour plusieurs qui auront lu ce qui précède, l'impression sera peut-être qu'une telle doctrine est viciée par la recherche des causes finales et des mécanismes préétablis. Cette impression est fautive et rien ne serait plus défectueux que d'interpréter ainsi les faits que j'ai présentés. Qu'avons-nous vu en effet? Nous avons vu ce phénomène prouvé par tous les faits de physiologie connus, qu'un organe ou une cellule différenciée ne savent plus agir que dans le sens même de leur différenciation.

Ainsi le globule blanc dans sa vie normale comme dans son adaptation pathologique garde et exerce toujours sa fonction amiboïde. Ainsi la cellule épithéliale ne sait se défendre qu'en fabriquant de l'épithélium, comme la cellule conjonctive en fabriquant du tissu fibreux.

Rien en tout cela que de logique et de naturel, car toute irritation directe, même mécanique, d'une cellule vivante produit sa multiplication; nous avons prouvé simplement que si même l'irritation vient d'une toxine microbienne, il en est encore ainsi.

Ce sont là des processus aveugles, inintelligents qui précisément parce qu'ils n'ont rien de providentiel peuvent aller directement contre le but de défense propre qu'ils poursuivent: un globule blanc se saisit d'un microbe et l'emporte au loin, mais il arrive que c'est le microbe qui tue le globule, et voilà, loin du foyer d'infection primitif, un deuxième foyer d'infection créé; ainsi pour tous les processus que nous avons envisagés (1).

Il n'est donc pas besoin d'invoquer des actions hautes et mystérieuses, en tous les processus plus haut décrits; les causes naturelles et normales suffisent à les expliquer. A la vérité, il reste sous cette

(1) Voici une expérience bien démonstrative de ce fait en ce qui concerne le tissu fibreux. Inoculez sous la peau d'un cobaye une culture trichophytique très peu pyogène. Un foyer demi-leucocytaire, demi-fibreux va s'organiser, la fibrose se complètera très vite et l'abcès durci ne bougera plus pendant de longues semaines. Cependant le parasite inoculé est mort depuis longtemps, et le nodule fibreux n'a plus aucune raison d'être. Écrasez ce sac fibreux entre deux doigts et évacuez sous la peau les leucocytes morts qu'il contient. En huit jours, l'abcès, qui sans cela serait resté immobile, sera résorbé complètement.

étude une idée directrice qui l'a dictée tout entière, comme elle en a guidé bien d'autres, celle de la lutte universelle : De même que les êtres unicellulaires sont entre eux en lutte directe et immédiate *puisqu'ils se nourrissent les uns des autres*, ainsi retrouve-t-on la même lutte lorsqu'un être cellulaire attaque un être composé.

Lorsqu'on ne veut voir dans l'histopathologie parasitaire que des destructions de tissus par des microbes, tout dans son étude demeure incompris. C'est que la *lésion*, telle qu'elle se présente à nos yeux, est une *réaction* cellulaire de l'organisme contre son envahissement. La vésicule d'impétigo est bien loin de se présenter comme un processus *passif* de destruction, c'est un processus *actif* de résistance à la destruction. Pour toutes les lésions il en est de même : l'hépatisation de la pneumonie n'est pas une mortification de tissus, c'est un néoplasme de globules blancs, c'est un formidable édifice de défense.

Donc ce que nous appelons par erreur de mot et d'idée une *lésion* microbienne n'est que ce que nos yeux peuvent distinguer d'un appareil de défense édifié par l'organisme lui-même. Assurément beaucoup d'auteurs pensent implicitement tout cela, mais beaucoup aussi ne le pensent pas, et nul ne le dit. Il y a donc utilité à le dire et à le prouver. Car ce sont des faits gros de conséquences. Lorsqu'on a compris d'une façon claire et profonde le mécanisme de la défense tégumentaire, toute la dermatologie s'éclaire d'une lumière nouvelle. Plus que jamais l'insuffisance des classifications dermatologiques actuelles devient frappante, *parce que l'on peut dès lors entrevoir la raison nette et suffisante de classifications nouvelles et meilleures*. La classification Willanique est un édifice ruiné en tous points, mais qui persiste à durer avec des restaurations et des replâtrages. Elle ressemble à ce que serait un laboratoire où les fioles seraient rangées par ordre de taille sans qu'on ait égard à leur contenu. Il n'est pas difficile de voir qu'une classification basée sur les principes que nous venons d'exposer serait plus simple, plus rationnelle, et dès maintenant possible. Je n'insisterai pas sur cette classification nouvelle. Je n'ai pas d'abord l'autorité qu'il faudrait pour la proposer et la faire admettre. Et puis nous savons trop peu de choses encore pour la faire ce qu'il faut qu'elle soit. Pour le présent, il doit nous suffire de voir par où nous vient la lumière, de comprendre que cette classification à venir devra prendre pour bases les faits mêmes étudiés dans ce travail, et qu'elle devra les comprendre comme ils viennent d'être exposés.



## UN CAS DE SARCOME

(ALVÉOLAIRE PIGMENTÉ, A CELLULES ÉPITHÉLIOÏDES)  
SIMULANT LE MYCOSIS FONGOÏDE D'EMBLÉE

Par le Dr **A. J. Minne**,  
Préparateur du cours d'Anatomie comparée, à l'Université de Gand.

(TRAVAIL DU SERVICE DE DERMATOLOGIE DE M. LE Dr CRUYL  
A L'HOPITAL CIVIL DE GAND.)

J'ai eu, dans ces derniers temps, l'occasion d'observer, dans le service hospitalier de dermatologie dirigé par M. le Dr Cruyl, un malade dont l'affection cutanée, fort intéressante, m'a fait reprendre la question si délicate du diagnostic différentiel entre la sarcomatose cutanée et le mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée (variété Vidal et Brocq).

Ce diagnostic est-il possible par les seules données de la clinique ?

Y a-t-il, d'autre part, entre les deux affections, des différences telles qu'on ne puisse songer à les ranger dans un même groupe ?

C'est ce que je me suis proposé d'examiner dans le présent travail.

J'aborderai le sujet par une étude détaillée du cas, tel que j'ai pu l'observer et le reconstituer dans sa période du début d'après les renseignements fournis par le malade. Les résultats de l'autopsie et l'étude histo-pathologique des tumeurs empruntées au malade, me mèneront à discuter l'ensemble de ces données.

### HISTOIRE DE LA MALADIE

*Anamnèse.* — Le patient est âgé de 27 ans ; il exerça le métier de débardeur, plus tard celui de menuisier. Vigoureux, bien conformé, il n'aurait jamais été malade. Son père, tisserand, est âgé de 53 ans et jouit d'une bonne santé.

La mère est morte subitement à 46 ans. Le malade, qui fait l'objet de cette étude, est le premier né de 7 enfants dont 2 sont morts en bas âge ; les frères et sœurs survivants sont sains.

Vers l'âge de 22 ans, le malade a observé sur la peau de la région de l'omoplate droite une excroissance de un centimètre et demi environ de largeur, non ulcérée, noirâtre, attachée à la peau saine par un pédoncule plus étroit. Cette « verrue » comme l'appelle le malade, se serait développée sur la base d'une tache noirâtre congénitale (*nævus melas*) ; elle aurait fréquemment saigné à la suite d'excoriations dues au port de fardeaux.

En 1894, le malade fut engagé dans la légion étrangère des Indes-Néerlandaises. La petite tumeur qu'il portait fut excisée à Aerdewyck (Hollande) en juin de la même année et il partit guéri, dans le courant du mois d'octobre.

Six mois plus tard, à Salatiga, le malade observa, à l'endroit opéré, l'extension d'une tache noirâtre aplatie, légèrement surélevée sur la peau environnante; elle mesurait environ 7 centimètres de diamètre. Sur ce fond se formèrent deux excroissances pareilles à celle qui fut extirpée à Aerdeuyck. On les enleva au thermocautère.

Malgré cela, la tache augmenta de dimensions, et cinq « verrues » nouvellement produites furent cautérisées à l'acide nitrique fumant.

Le 20 novembre 1897, l'ensemble de la masse néoplasique, qui avait atteint de 8 à 10 centimètres de diamètre, fut extirpé à Semarang par le Dr WELKERS (1). On laissa bourgeonner la plaie qui ne fut fermée qu'en avril 1898, et laissa après elle une large cicatrice rayonnée.

Peu de jours après cette dernière opération, fut excisée une tumeur du cou qui, située à gauche au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde, avait les dimensions d'un pois. Il existe à cet endroit une cicatrice chéloïde que le malade attribue à l'arrachement de la croûte qui s'était formée sur la plaie opératoire. Cette tumeur aurait été noire, bleu noirâtre, comme de l'encre.

Entretiens, en 1896, le malade eut à la verge une ulcération non indurée qui guérit après 9 jours. De plus, avant l'opération, peut-être avant son affection des organes génitaux, le malade a senti se développer, à la cuisse droite, du côté interne et au tiers inférieur, un nodule indolore, situé sous la peau, indépendant de celle-ci, atteignant rapidement le volume d'une châtaigne. Le malade l'attribue aux fatigues causées par l'équitation.

Après l'opération de la tumeur du scapulum, il constata, lors de la levée du pansement, un engorgement ganglionnaire dans le creux axillaire droit. Puis de petits nodules durs de un demi-centimètre se développèrent dans le derme cutané du thorax. Ils étaient mobiles sur les tissus sous-jacents et parmi eux, les uns perdurèrent, d'autres après quelques mois d'évolution se résorbèrent laissant après eux un petit point dur au toucher; il y en eut enfin qui disparurent complètement, montrant la place où ils s'étaient développés par une petite tache pigmentaire brune ou bleu ardoise.

Rentré en Belgique depuis février 1897, le malade constata, en juin 1898, le développement de deux nodules cutanés plus volumineux que ceux de même nature, qui les avaient précédés sur le thorax. C'étaient des tumeurs circulaires saillantes sur un fond assez large, chroniquement enflammé. De ces tumeurs, l'une est située à la région du bord externe de l'omoplate droite, l'autre à la région bicipitale du bras droit.

*État actuel.* — Le malade se présente à l'hôpital le 26 décembre 1898. Grand, et bien musclé, quoiqu'il dise avoir beaucoup maigri dans les derniers temps, son teint est pâle, cachectique. Cependant l'appétit est encore bon et toutes les fonctions sont normales.

A la région sous-maxillaire droite, existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, sous-cutanée, se mouvant dans tous les sens, sans attaches aux muscles, ni au périoste du maxillaire. La tumeur aurait débuté

(1) M. L. D. WELKERS a relaté l'histoire du cas présent jusqu'au moment où le malade quitta les Indes Néerlandaises pour rentrer en Europe. Voir : *Geneeskundig voor Ned. Indië*. Deel XXXVIII, afl. 4, 1898.



à cet endroit il y a 5 mois. Immédiatement au-devant d'elle, se trouve une tumeur plus petite, de la grosseur d'une bille.

Sous le chef postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à droite, et vers le milieu de sa hauteur, s'observe une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de pigeon; au-dessous une tumeur plus petite.

A la région mastoïdienne droite, la chéloïde déjà mentionnée.

En outre, sous la peau du cou, des gros et nombreux ganglions compriment les veines et déterminent la cyanose de la face.

Sur le bras droit, à la région bicipitale, la tumeur qui y a fait son apparition 6 mois auparavant, a acquis les dimensions de 4 centimètres sur 3 1/2; elle a l'aspect d'un macaron, est circulaire et fait sur la peau une saillie

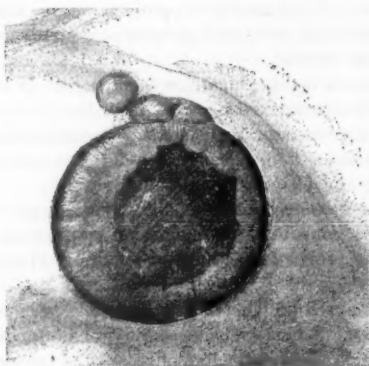


FIG. 1. — Tumeur ulcérée du bras.

de un demi-centim. Les bords, d'un rouge bleuâtre, sont arrondis et se replient vers l'intérieur pour aller se fondre en un cratère plus bas à ses pourtours qu'à son centre. Ce cratère offre des aspects variables : tantôt il est sec, luisant, recouvert d'une croûte mince, jaunâtre, reposant sur un fond rouge; tantôt il est ouvert, ulcéré à la façon d'un fruit mûr déhiscent.

La tumeur ulcérée laisse suinter un liquide louche, elle saigne fort rarement et fort peu.

Au-dessus d'elle se trouvent trois tumeurs satellites notablement plus petites, également rouges, mais non ulcérées; elles sont par leurs bords plus ou moins fondues entre-elles et avec la tumeur principale.

La tumeur qui se trouve sur la peau de la région externe du scapulum, à droite, présente les mêmes caractères que ceux donnés pour la tumeur du bras. Ces tumeurs sont dures, mobiles avec la peau sur les tissus sous-jacents, elles sont indolores et ne gênent guère que par leur présence.

Cependant dans le creux axillaire correspondant existent de nombreux ganglions engorgés. A gauche, au contraire, pas d'adénopathie, mais aussi pas de nodules dans cette région.

Sur le bras droit encore, au niveau du tiers inférieur du muscle biceps et au-devant de lui, existe un nodule dans la profondeur de la peau paraît faire partie du derme; la surface présente une légère coloration rose.

De semblables tumeurs existent au nombre de 4 ou 5 sur la poitrine. De celles-ci il y en a une du volume d'une noisette, qui siège dans le derme de la peau sous le mamelon gauche; une autre, de même volume et d'aspect analogue, se trouve dans la région du flanc droit.

Au-devant de la poitrine, le malade présente encore une petite verrue légèrement pigmentée au-dessus de la clavicule gauche. — Il dit en avoir eu souvent dans le cou et les avoir liées au fil, celles de la figure auraient été emportées par le rasoir.

Sur la clavicule gauche existe une tache pigmentaire, bleue, de 1 centimètre de diamètre. C'est, au dire du patient, la trace d'un nodule un peu plus large, rougeâtre qui se serait développé à ce niveau il y a 8 mois et se serait totalement résorbé.

Sur le dos s'observe la large cicatrice de la région du scapulum.

Aux membres inférieurs, existe, du côté droit, dans le triangle de Scarpa et plus bas jusqu'à mi-cuisse, une pléiade ganglionnaire.

En outre à mi-cuisse, une tumeur sous-dermique; et du côté interne, une tumeur plus grande, située sous l'aponévrose.

A la jambe au milieu de la hauteur du mollet est une tumeur située en profondeur sous les jumeaux. Elle n'existe là que depuis trois semaines, mais grandit rapidement et détermine l'insomnie par l'intensité et la persistance de la douleur.

Dans le pli de l'aîne, à gauche, s'observent quelques ganglions, mais ils sont d'importance moindre que leurs correspondants de droite; il est à remarquer que le membre de ce côté n'offre aucune tumeur.

Signalons encore, disséminées sur la région externe du bras droit et sur les jambes, quelques petites plaques de psoriasis guttata. Ces plaques y existent depuis plus de quinze ans.

Pas de démangeaisons avant l'apparition des tumeurs; elles sont fortes au contraire depuis qu'elles sont écloses et siègent particulièrement au niveau de ces nouvelles productions.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade avait le foie de dimensions normales, la rate semblait légèrement augmentée (hauteur: 6 centimètres et demi et 7 centimètres).

Les urines renfermaient une très petite quantité d'albumine (albuminurie très passagère); elles étaient foncées, surtout au matin, et l'addition d'eau bromée conférait au liquide une coloration d'un brun presque noir (1).

L'examen du sang, pris par piqûre au doigt, n'a décelé aucune lésion de ce liquide: les globules rouges et blancs s'y trouvaient en nombre et en proportion normaux.

Le malade est resté en traitement à l'hôpital jusqu'au 15 mars 1899, date à laquelle il a succombé. Il fut soumis d'abord au traitement par les

(1) La présence de mélanine avait été constatée dans les urines du malade peu de temps après l'opération qu'il subit à Semarang, et serait survenue à la suite de l'apparition d'un ictère qui céda par l'administration de sel de Carlsbad artificiel.

injections arsenicales, puis, pendant un long temps, à l'action de l'iode de potassium ; malgré cela la maladie a évolué rapidement. Le nodule ulcéré du scapulum a diminué, l'autre au contraire a continué son évolution progressive.

L'engorgement ganglionnaire du cou a augmenté surtout à droite, sans qu'il y ait de lésions à la peau de cette région.

De nouvelles tumeurs se sont produites dans l'épaisseur de la peau du tronc ; elles débutent par un petit nodule dur, dans le derme ; l'épiderme qui le recouvre est d'abord absolument incolore, puis, quand le nodule grandit et atteint les dimensions d'une noisette, la surface externe se pigmente, prend une couleur lie de vin foncée. Autour de la tumeur existe une aréole de même couleur.

Des nodules de même nature sont survenus au niveau du tiers supérieur et du tiers inférieur de la face antérieure du bras gauche ; à la région fessière droite ; au niveau de la crête iliaque et de l'insertion du muscle carré lombaire à cette dernière. Il y en a deux au-dessous du grand trochanter et un au niveau de la tubérosité ischiatique. Le développement de nouveaux ganglions aux membres inférieurs, détermine de grandes douleurs dans les domaines des branches nerveuses qu'ils compriment.

Les douleurs, l'insomnie, l'inappétence, la diarrhée et les poussées fébriles le soir ont établi la cachexie chez le malade.

Le 23 février, M. le Dr Colson extirpa au patient trois tumeurs que j'ai pu récolter et fixer en vue de l'étude histo-pathologique. Ce sont la tumeur ulcérée du bras, la tumeur du flanc et celle de la jambe. Cette dernière était située en profondeur, développée dans les cloisons intra-musculaires du muscle soléaire.

La plaie opératoire guérit rapidement au flanc, mais à la jambe et au bras s'établirent des suppurations intenses et de nombreux furoncles se montrèrent dans leur voisinage. Il en est résulté un état général septique : les germes en circulation ont déterminé chez le malade une pleurésie intense qui a causé la mort.

#### AUTOPSIE

Le malade étant mort à l'hôpital le 14 mars 1899, son autopsie fut réclamée par le chef de service et pratiquée par M. le professeur Van Duyse.

Inspection. — Le sujet présentait toutes les lésions qui ont été décrites dans le paragraphe précédent.

Parmi elles, seule la tumeur située à droite, en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, était diminuée d'un tiers.

Autopsie du crâne et examen de l'encéphale. — Lors de la section transversale de la peau et du décollement des muscles temporaux, on pouvait observer dans ces derniers des petites tumeurs ovalaires de la grosseur d'un pois, foncées, d'un brun-noir, au nombre de 4 à 5 dans chacun de ces muscles.

L'ablation de la calotte crânienne, suivie de l'incision de la dure-mère, n'offrit rien de particulier. Au contraire, dans l'arachnoïde existait à droite une tumeur noire, ovalaire, de 1 centimètre et demi de diamètre, pénétrant

dans l'écorce cérébrale à la limite du lobe temporal et du lobe sphénoïdal.

Dans la circonvolution pariétale inférieure, un nodule noir du volume d'une tête d'épingle.

A gauche existaient plusieurs nodules de même dimension dans les lobes frontal et occipital.

Il y avait un semis de nodules noirs de 1 millimètre dans l'épendyme du pédoncule gauche inférieur du corps calleux ; un œdème de la toile choroïdienne.

Quant au cervelet et à la substance cérébrale, ils étaient exempts de lésions.

Examen des cavités thoracique et abdominale. — Dans la cavité abdominale un peu d'ascite : le liquide était louche, il y nageait quelques flocons fibrineux ; quelques flocons s'observaient à la surface du foie.

La séparation des parties molles d'avec la paroi thoracique mit à nu des tumeurs dans le cinquième espace intercostal et plusieurs taches noires dans le petit pectoral.

*Cœur.* — Dans la partie antérieure du péricarde existait des nodules noirs de 1 centimètre de diamètre. Un nodule de même volume occupait la cloison inter-auriculaire. L'ouverture du cœur droit permit de constater, dans la paroi musculaire, l'existence de nodules multilobulés, dont l'ensemble formait une masse grosse comme une châtaigne. Enfin la paroi du ventricule gauche montrait un semis de petits points noirs et un nodule de 1 demi-centim., moins foncé que les autres.

*Plèvre et poumons.* — La cavité thoracique ouverte, fit constater l'existence, à droite, d'un liquide pleurétique séro-fibrino-purulent très abondant (1,500-2,000 centim. cubes) déterminant de l'atélectasie pulmonaire.

Sur toute la surface du poumon droit il y avait des taches analogues à celles rencontrées dans les méninges.

A gauche, une légère pleurésie. La base du poumon gauche renfermait des petits nodules aplatis de 3 à 4 millimètres d'épaisseur ; d'autres avaient les dimensions d'un grain de chènevis.

Autopsie de la cavité abdominale. — A l'ouverture on constatait une légère péritonite, probablement produite par extension de la pleurésie.

La rate très volumineuse, avait les dimensions suivantes : diamètre vertical 17 centimètres, diamètre transversal 11 centimètres, épaisseur 5 centim. 5.

Au hile de l'organe, une tumeur noire du volume d'une cerise. Il y avait un infarctus en forme de deux cônes accolés, et en dessous un infarctus anémique.

Le rein gauche fut enlevé avec sa capsule ; celle-ci était fortement envahie par un néoplasme noirâtre. Le rein lui-même paraissait simplement statique, sans néphrite parenchymateuse ou interstitielle. Les dimensions qui se rapportaient à cet organe (hauteur 12 centim., diamètre transversal 6 centim. 5, épaisseur 4 centim. 5) dénotent une légère augmentation.

Les constatations furent identiques pour le rein droit et la capsule surrénale de ce côté.

L'estomac présentait des tumeurs jeunes, sur la muqueuse, dans le voisinage de la grande courbure ; elles n'étaient que faiblement pigmentées.

Le foie, volumineux, n'offrait pas de dégénérescences. Trois petites tumeurs s'observaient dans la capsule de Glisson et sous cette capsule. Dans le parenchyme, à peine çà et là une petite tumeur.

Le pancréas était également entrepris.

Il y avait un ganglion mésentérique ayant les dimensions d'une pomme et une couleur de poix.

Un grand nombre de petites tumeurs (50 à 60) se trouvaient dispersées dans le mésocôlon.

A droite, à mi-cuisse, face interne existait une tumeur mélanique mesurant 5 centimètres sur 3.

Les ganglions du pli de l'aîne sont envahis par le néoplasme, mais leur couleur, quoique foncée, est cependant moins intense que celle des tumeurs développées dans les viscères (1).

Rien à l'œil (2).

Sous le maxillaire droit (branche horizontale), se trouvait une tumeur qui avait crû rapidement en volume. Il y avait en outre, à la peau du cou, un nodule gros comme une noisette, et totalement blanc. Glandes sous-maxillaires et ganglions du cou étaient fortement envahis.

Enfin un nodule de 7 millimètres sur 4 s'observait à la base des cordes vocales, partie postérieure.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE. — L'examen histo-pathologique du cas a porté sur les trois tumeurs enlevées au malade, lors de l'intervention chirurgicale ; ce sont : la tumeur ulcérée du bras, la tumeur du flanc, et celle du muscle soléaire.

J'ai également utilisé dans ce but, le ganglion mésentérique enlevé au moment de l'autopsie.

Ces matériaux ont été fixés par fragments, par l'alcool absolu, le liquide de Flemming, le sublimé et la formaline ; ils ont subi ensuite les manipulations histologiques d'usage, pour être débités en coupes sérieées et étudiées au microscope.

Il ressort de cette étude, cette donnée générale, que ces productions néoplasiques, quel que soit l'endroit auquel elles se sont développées, présentent la même structure histologique. Il me suffira donc de décrire l'aspect d'une de ces tumeurs, celle du flanc, par exemple, que je choisis comme étant la plus complète et la plus intéressante.

La tumeur est développée surtout dans le sous-derme, mais s'étend aussi dans le derme, envahissant même les papilles dermiques. Celles-ci refoulant le réseau muqueux de Malpighi, l'incisent profondément.

Dès l'abord on est frappé par l'aspect nettement alvéolaire de la

(1) La coloration foncée si intense pour les tumeurs développées dans les viscères, était frappante de contraste avec les tumeurs de la peau, qui étaient presque totalement dépourvues de pigment.

(2) Un examen ophtalmoscopique pratiqué chez le malade n'avait décelé aucune lésion.

tumeur. Elle est constituée de cellules volumineuses, bien délimitées et d'un stroma conjonctif formant des mailles enserrant les cellules ; dans le stroma courent les vaisseaux, et les plus fines des mailles sont formées par des capillaires sanguins.

Les cellules néoplasiques sont serrées les unes contre les autres et acquièrent par cette compression réciproque un caractère épithélioïde. Leur protoplasme est finement granuleux et leur noyau arrondi ou ovalaire présente un réticulum fortement chromatique. Quelques-uns renferment un gros nucléole. Peu ou pas de caryocinèses dans ces cellules. Ça et là disséminés dans l'étendue du néoplasme, mais surtout en profondeur, dans le sous-derme, se rencontrent des points de prolifération cellulaire intense

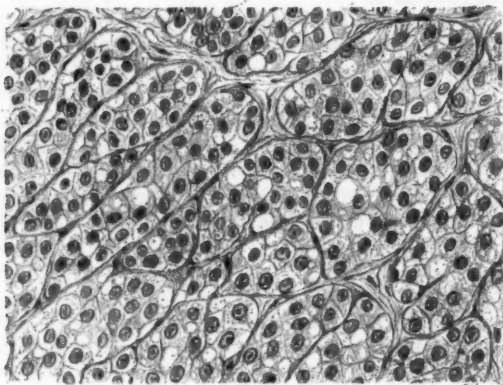


FIG. 2. — Aspect alvéolaire de la tumeur. (Leitz, obj. 3, ocul. 4, tube 18.)

s'opérant par voie mitotique. Ces cellules sont notablement plus petites que les cellules environnantes, et leur noyau est très avide de matière colorante.

Dans les mailles du réseau délimitant les alvéoles, particulièrement dans le centre de la tumeur, on observe dans les cellules néoplasiques des phénomènes de dégénérescence très active.

Le protoplasme de granuleux devient finement vacuolaire, puis il prend une disposition radiale. Des vacuoles plus grandes se forment pendant que la cellule gonfle, que le noyau devient granuleux et moins colorable, bientôt après on assiste à la fusion des vacuoles en une vacuole unique, grande qui refoule le noyau et ce qui reste du protoplasme à la périphérie de la cellule. Enfin, comme dernier stade de cette hydropisie cellulaire, on ne retrouve plus que la membrane limite, qui entourant d'abord une grosse vésicule claire, finit par s'affaisser et se résorber à son tour.

On était en droit de se demander si les vacuoles en question ne renfermaient pas du glycogène, mais je n'ai pas réussi à mettre ce produit en évi-



dence, même par l'action prolongée de la glycérine iodée sur des coupes faites dans des fragments fixés à l'alcool absolu et qui à aucun moment n'avaient passé par l'eau.

Comme je l'ai dit déjà dans les lignes précédentes, ces phénomènes de dégénérescence hydropique des cellules s'observent surtout au centre de la tumeur, mais encore en d'autres points. Examinant les choses de près, on remarque que cette particularité se rencontre dans les alvéoles dont les travées conjonctives ou les capillaires limites ont subi des transfor-

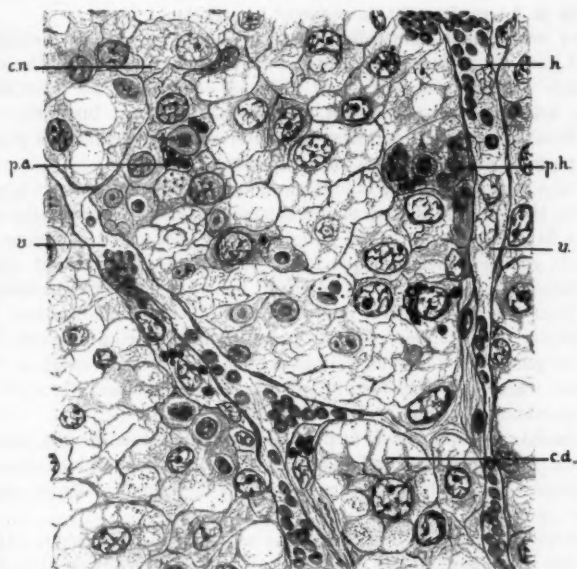


Fig. 3. — Dégénérescence des cellules. (Immersion homogène 1/12 Leitz. Chambre claire Leitz.)

cn. Cellule néoplasique. — p.a. Pigment autochtone. — v. Vaisseau sanguin. — h. Hématie. — p.h. Pigment hématique. — c.d. Cellule dégénérée.

mations. Disons déjà qu'elle est le résultat d'un trouble circulatoire.

A la périphérie de la tumeur le stroma conjonctif est très riche en vaisseaux, et des capillaires très fins sillonnent et divisent le néoplasme en tous sens. Mais au centre surtout, et par places, on voit s'établir des thromboses, avec affaissement des vaisseaux, surtout des capillaires. Ceux-ci ou bien se transforment en tissu fibreux, ou bien subissent la dégénérescence hyaline.

En certains endroits encore les capillaires sont perméables et on y trouve les globules rouges plus ou moins altérés; en d'autres, ils sont vides et sur un point de leur trajet la paroi s'est rompue laissant échapper les globules entre les cellules.

La plupart de ces globules se résorbent sur place et abandonnent au stroma leur hémoglobine qui se transforme en hématoïdine; d'autres sont absorbés par les cellules néoplasiques par des phénomènes de vraie phagocytose dont j'ai pu observer les étapes successives sur mes coupes. On voit la cellule se creuser en un point, entourer le globule rouge, et celui-ci être totalement englobé. Une seule cellule peut ainsi capter un grand nombre de globules rouges qui sont digérés dans la cellule. Ces cellules se présentent alors avec un aspect plus foncé; elles renferment dans leur protoplasme des masses amorphes brunes. La figure 3 montre une de ces cellules (*p. h.*) renfermant du pigment hématique.

Outre ce pigment hématique, on trouve dans ces mêmes cellules, et surtout dans les cellules du stroma des alvéoles, un pigment beaucoup plus noir que le précédent. Il se présente sous forme de granulations noires, amorphes, se réunissant en boules. Elles sont insolubles dans l'eau, l'alcool, l'éther, le xylol et ne renferment pas de fer. Ce pigment est le pigment autochtone des mélanosarcomes.

J'ai déjà signalé, dans la note de la page 757, la rareté de ce pigment dans les tumeurs de la peau et son extrême abondance dans celles développées dans les viscères et les ganglions. En effet, dans la tumeur qui a envahi le ganglion mésentérique toutes les cellules qui entrent dans la constitution du néoplasme sont tellement bourrées de pigment autochtone qu'on peut à peine retrouver quelques détails dans leur structure. Il est à remarquer, de plus, que dans le ganglion mésentérique, comme aussi dans les ganglions tuméfiés qui ont été relevés lors de l'autopsie, il ne reste pas trace de la structure lymphoïde de ces organes, elle a été remplacée par le néoplasme à structure alvéolaire.

L'extension des tumeurs de la peau se fait dans le sous-derme, et elle se fait d'une façon active en refoulant les tissus environnants. Ceux-ci se condensent à la périphérie et forment autour du néoplasme une capsule fibreuse épaisse.

La partie ulcérée de la tumeur du bras pouvait être intéressante au point de vue des micro-organismes qu'on pouvait y rencontrer. Aussi ai-je appliqué la méthode de coloration de Gram à plusieurs coupes de portions de tumeur fixées au sublimé et à l'alcool fort. J'ai ainsi pu mettre en évidence, à la surface dénudée du derme, de nombreux staphylocoques et quelques streptocoques. Mais pas un seul de ces micro-organismes ne pénétrait en profondeur entre les éléments; il n'y en avait pas davantage dans les voies lymphatiques.

En résumé, les tumeurs cutanées débutent dans l'hypoderme et envahissent le derme. Elles sont nettement alvéolaires et composées de cellules sarcomateuses, dont quelques-unes contiennent des granulations de mélanine. Les fins capillaires qui sillonnent les tumeurs se rompent facilement et les cellules néoplasiques dégénèrent par défaut de nutrition.

Les métastases produites dans les organes internes sont nombreuses et donnent naissance à des tumeurs fortement pigmentées.



## DIAGNOSTIC. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Laissons momentanément de côté les résultats fournis par l'étude histologique, qui n'a pu être faite que tardivement, et voyons à quel diagnostic peut mener l'ensemble des faits cliniques.

L'opinion que forme dans l'esprit un semblable tableau de lésions, est qu'il s'agit d'un cas de mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée (variété Vidal et Brocq). On y rencontre, en effet, toutes les particularités décrites pour ce genre d'affection :

Pas de période prémycosique, car on ne peut considérer comme en faisant partie, les quelques rares petites plaques de psoriasis que le malade portait sur le bras droit et à la jambe gauche. Non seulement la durée de leur existence est anormalement longue (le malade en avait eu dès l'enfance), mais elles n'ont jamais été le siège de démangeaisons, et en outre, je n'ai jamais rencontré le psoriasis parmi les productions prémycosiques citées par les auteurs.

L'aspect des tumeurs ulcérées est absolument semblable à celui décrit pour les tumeurs mycosiques. Un macaron peu élevé sur la peau environnante, aplati, à bourrelet arrondi, de coloration foncée, lie de vin; affaissement au centre, crevassement aboutissant à un aspect fongueux; celui d'une tomate mûre dont l'enveloppe a éclaté.

Ces tumeurs sont indolores, ne gênent que par leur localisation; elles sont prurigineuses et le malade, par grattage, en détermine souvent l'ulcération. Fréquemment des furoncles se développent dans le voisinage de ces néoformations.

Le mode d'apparition et l'évolution de certaines de ces productions est typique : un nodule sous-cutané qui se pigmente, grandit sans s'ulcérer, puis après un temps plus ou moins long d'évolution progressive s'affaisse, disparaît totalement en tant que tumeur, ne laissant après elle qu'une tache pigmentée.

Des tumeurs peuvent encore se ramollir et diminuer de volume, surtout après la mort, au point que souvent elles ont complètement disparu. Or à l'autopsie la tumeur siégeant au cou avait diminué d'un tiers en volume.

Enfin le décours chronique et progressif de la maladie, la cachexie à laquelle elle mène le patient et la mort survenue par complication pulmonaire, sont des caractères du mycosis fongoïde.

Mais non moins grand est le rapprochement que l'on peut faire du cas qui nous occupe avec les sarcomes de la peau. Notamment le mélanosarcome de la peau, et la description que l'on trouve dans Funk (1) pour cette affection, met cette analogie en lumière.

Pour la plupart des auteurs, le mycosis fongoïde pur évolue sans

(1) FUNK. Klinische Studien über Sarkome der Haut. Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd VIII, 1889, p. 74.

gonflement ganglionnaire notable et si une légère adénopathie existe, elle peut trouver son explication par les lésions siégeant sur la peau.

Dans le cas actuel, les ganglions étaient largement envahis, ce qui serait un argument en faveur du sarcome mélanique; mais Funk (1) relève un certain nombre de cas de complications ganglionnaires dans des affections cutanées considérées comme mycosis. C'est ainsi qu'il y en avait dans le cas décrit par Gillot (2), dans le sixième cas de Vidal et Brocq, dans le premier cas de Geber (3), le premier de De Amicis (4) puis encore dans ceux de Hammer, Auspitz, Manino, etc. Dans ces cas les ganglions entrepris siégeaient particulièrement au cou, aux creux axillaires et inguinaux.

Cependant, ce caractère est plus particulier au mélanosarcome où on le rencontrerait au moins dans un tiers des cas. En effet, les sarcomes de la peau se métastisent par les voies lymphatiques et on rencontre des nodules secondaires dans tous les organes, spécialement la peau, l'hypoderme, les ganglions, le foie, l'estomac, l'intestin, le cœur, les poumons et les enveloppes du cerveau.

Un seul point clinique pourrait établir le diagnostic de sarcome: c'est le début de la maladie sur une tache maternelle le « *nævus melas* » qui se trouvait sur le dos, mais encore ce début n'est-il pas constant pour les sarcomes idiopathiques; on ne l'observe que dans un quart des cas.

Comme on le voit, le diagnostic différentiel entre mycosis à tumeurs d'émblée et sarcome peut présenter les plus grandes difficultés, voire même être impossible dans les cas où il n'a pour s'appuyer que les seules données de la clinique. En effet, même les caractères que Köbner (5) signale comme distinctifs pour le mycosis, ne sont pas rares du tout pour les sarcomes. La difficulté ne s'en trouve donc qu'accrue.

C'est ici que l'étude histologique a toute son importance.

Un simple coup d'œil au microscope montre qu'il s'agit, dans le cas présent, d'un sarcome alvéolaire pigmenté. Et dès lors on comprend toutes les complications ganglionnaires et viscérales qui ont été relevées. Le sarcome mélanique est le seul qui se métastase par les lymphatiques et infecte les ganglions. Les cellules sarcomateuses

(1) FUNK. Mémoire cité.

(2) GILLOT. Thèse de Paris, 1869.

(3) GEBER. *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, XXI, 2, 3.

(4) DE AMICIS. Contribuzione clinica ed anatomopatologica allo studio del Dermo-linfe-adenoma fungoide micosi, fungoide di ALIBERT. Napoli. Analyse in *Annal. de Derm.*, 1882.

(5) KÖBNER dit « Die Mycosisknoten können rasch, binnen einige Tagen entstehen; manche Knoten sind weich und komprimierbar; Geschwüre Wunden nach Excision verheilen oft sehr rasch; in vielen Fällen verschwinden ganze Tumoren, oder sinken in Zentrum ein ». *Klin. u. experim. Mitteilungen*, 1869.

métastasées sont tantôt blanches, tantôt elles contiennent du pigment et les tumeurs que leur multiplication active fait éclore au loin, répond au type cellulaire qui leur a donné naissance. Voilà pourquoi certaines tumeurs, notamment celles de la peau, sont blanches, sont des « leucosarcomes », tandis que les autres sont intensément pigmentées : des « mélanosarcomes » typiques. Nous remarquons de plus que le gonflement survenu dans les ganglions n'est pas dû à une hypertrophie et hyperplasie du tissu lymphoïde, mais à l'envahissement de ce tissu et à son remplacement progressif par des néoplasmes métastatiques.

Je n'ai pas à revenir ici sur la structure histologique des tumeurs, le paragraphe précédent y a été entièrement consacré. Je désire cependant faire une remarque au sujet du diagnostic de « mélanosarcome » qui a été la conséquence de cette étude.

Certains auteurs estiment que les sarcomes pigmentés qu'ils dénomment *mélanocarcinomes*, ont une origine constante, les *nævi pigmentés*.

Il s'agit en ce cas de carcinomes à structure alvéolaire (ce caractère leur est toujours propre), contenant du pigment. De croissance rapide, ils infectent les ganglions lymphatiques, fournissent des métastases mélaniques et déterminent la mort.

L'origine est très probablement ici celle que Unna (1) invoque et à laquelle je viens de faire allusion : une tache pigmentée de la région de l'omoplate dégénérée en *mélanome* opéré aux Indes hollandaises, mélanome qui s'est conduit de la façon indiquée ; mais nous adopterons ici l'épithète que Ziegler notamment emploie pour les tumeurs pigmentées malignes en général, celle de *sarcome*.

Que les éléments soient d'origine connective ou endothéliale, ou qu'ils dérivent d'épithèles inclus dans les *nævi*, leur conduite est semblable, ils infectent les ganglions et de ce chef sont « cancéreux ».

Il résulte des considérations énoncées ci-dessus que le mycosis fongoïde « à tumeurs d'emblée » et le sarcome de la peau offrent des ressemblances telles, que souvent il est très difficile de se prononcer pour l'une ou pour l'autre de ces affections ; et l'on est en droit de se demander si bon nombre de cas décrits comme étant du mycosis fongoïde, surtout ceux accompagnés de lésions ganglionnaires, n'étaient pas des sarcomes de la peau.

Le mycosis fongoïde est-il bien un type morbide, comme le veulent Vidal, Brocq, Gillot, Demange et la plupart des auteurs français ? Mais ces auteurs décrivent des affections si spéciales qui se rapportent à la lymphadémie cutanée, dans lesquelles il y a, outre les productions néoplasiques de la peau, des altérations si profondes dans le

(1) UNNA. Sarkome und Melanocarcinome. *Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie* de ORT, 1894.

liquide sanguin (leucémie, pseudo-leucémie) que l'on ne saurait concilier ce tableau morbide avec celui du « mycosis fongoïde pur ». Là, en effet, il n'y a pas de lésions du liquide sanguin, et les figures microscopiques ne sont pas celles d'un lymphosarcome, mais celles d'une tumeur conjonctive à cellules plutôt grandes, arrondies, étoilées, mono ou binucléées entre lesquelles il existe un stroma évident.

Bien plus, Kaposi, Port, Funk, Doyon, Besnier et la plupart des auteurs allemands tendent à rapprocher le mycosis vrai des sarcomes et à le considérer comme une variété clinique de ces derniers.

Le cas qui a fait l'objet de cette étude plaide fortement en faveur de cette dernière opinion.

En outre, il ressort de l'étude comparative des cas décrits que, s'il existe réellement une affection dite « mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée », il est certain que le syndrome qui le constitue ne lui est pas propre, et qu'on peut le rencontrer dans tous ses détails, et dans la lymphadénie cutanée, et dans les sarcomes de la peau.

En terminant ce travail, j'adresse à mes chers maîtres, M. le Dr Cruyl et M. le Pr Van Duyse, mes sincères remerciements pour les sages conseils qu'ils m'ont donnés, et le vif intérêt avec lequel ils ont suivi mes recherches.

#### CONCLUSIONS

De l'ensemble de ces données il résulte que :

1° Le cas présent ne peut s'interpréter que comme un sarcome alvéolaire de la peau.

2° Par les seules données de la clinique on ne peut établir le diagnostic différentiel entre le mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée, et le sarcome idiopathique de la peau.

3° Le cas qui a fait l'objet de cette étude, est une nouvelle preuve de l'analogie qui existe entre ces deux affections.

4° Si le mycosis fongoïde existe en tant qu'affection distincte, les productions cutanées et leur évolution se rencontrent identiques dans d'autres maladies.

5° Dans tous les cas, il est impossible de considérer les cas de lymphadénie cutanée comme étant du mycosis fongoïde.

## CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU PSORIASIS

Par le Dr **L. Kopytowski**,  
Médecin de l'hôpital Saint-Lazare, à Varsovie.

Sous ce titre nous avons publié en 1895 un travail étendu dont le texte russe a été présenté à l'Université de Varsovie pour obtenir le grade de docteur en médecine et le texte polonais a été imprimé la même année dans les mémoires de la Société de médecine (Pamiętnik Tow. lek.). Ce travail, un des plus détaillés qui existent en cette matière, n'ayant été ni traduit, ni rapporté en aucune langue étrangère, nous nous croyons autorisé à en faire connaître les traits principaux, d'autant plus que le Dr W. J. Munro décrit en 1898 (1), comme fait absolument nouveau, l'existence d'abcès miliaires dans le psoriasis. Or, il y a de cela quatre années, nous avons observé et décrit les mêmes lésions avec beaucoup plus de détails.

Nos recherches personnelles portaient sur 26 cas de psoriasis observés dans le service de notre ancien maître M. le professeur Trautvetter, de Varsovie, les sujets se trouvaient à diverses périodes de l'affection et n'avaient été soumis à aucun traitement.

Dans deux cas, il s'agissait de psoriasis généralisé. Quant à la méthode technique des préparations, nous avons eu recours à l'inclusion paraffinée, puis à la fixation et à la coloration par les procédés recommandés dans la littérature respective.

Voici les caractères généraux des lésions cutanées qu'il nous a été donné d'observer. La couche épidermique cornée était épaissie dans tous les cas sans exception, et dans trois préparations elle l'était au point de masquer tous les autres détails histologiques. La dite couche cornée semblait dissociée dans le sens vertical et prenait l'aspect de bandes onduleuses, dirigées transversalement. Les éléments cellulaires y présentaient trois caractères constants: 1) la présence des noyaux se laissant imprégner de matière colorante; 2) la perceptibilité de contours cellulaires dans les couches profondes; 3) l'inégale faculté de coloration pour les différentes cellules. Un point à relever, c'est qu'on apercevait par places des éléments à coloration élective parfaite et par places des éléments homogènes — fait que l'on doit attribuer à différents degrés de *kératinisation*. Les cellules à coloration parfaite se trouvaient tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de cellules qui ne se laissaient pas imprégner électivement par les matières colorantes. Dans l'intervalle des deux couches adjacentes on

(1) *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 961.

constatait dans vingt-trois cas des leucocytes sous forme de nodosités, d'infiltration diffuse ou de foyers étoilés fort étendus. Habituellement, on voyait, au sein de la couche cornée, des espèces de fentes remplies par des leucocytes ; parfois il s'y ajoutait des éléments altérés du tissu même (cinq observations) de manière à former des abcès minuscules.

Le degré de l'infiltration de la couche cornée se trouvait parfois en rapport avec l'infiltration cellulaire des différentes papilles, ce qui nous paraît fort important pour élucider le mécanisme intime de l'affection. Outre les lésions ci-dessus mentionnées, on remarquait dans trois cas de petites cavités remplies d'un liquide séreux, qui, examiné plus attentivement, paraissait finement granuleux. Le *stratum lucidum* ne se laissait point distinguer sur nos préparations et dans certains cas il paraissait confondu avec la couche cornée profonde. Du reste, les préparations venaient de régions où ce tissu est peu développé (dos et bras). Le corps muqueux des points lésés était fortement et non uniformément épaissi, une seule préparation pouvant offrir divers degrés de cette modification, en rapport constant avec la durée du processus et la période de son évolution. En ce qui concerne les diverses portions de cette couche, le *stratum granulosum*, bien distinct dans tous les cas, n'était pas uniformément épaissi, et comprenait de 1 à 4 rangées de cellules ; les préparations à l'acide osmique et en partie celles à l'acide chromique, ne réagissaient point à la kératoxyline.

La couche des cellules crénelées sus-jacentes aux papilles renfermait le plus souvent de 5 à 6 rangées de cellules, certaines préparations n'en montrant qu'une ou deux rangées, d'autres au contraire jusqu'à douze. Les espaces intercellulaires du corps muqueux montraient des amas de leucocytes plus fréquemment même que dans la couche cornée (10 cas). — Voici comment ce phénomène se présente : en de certains points circonscrits, les cellules superficielles du corps muqueux, sous-jacentes à la couche cornée, perdent progressivement leurs contours tranchants jusqu'à confluer en une masse homogène, diffuse, peu apte à se colorer et au milieu de laquelle on perçoit de temps en temps quelques cellules isolées à noyau conservé et un grand nombre de leucocytes. Ce sont, à notre point de vue, des abcès, au-dessous desquels il existait de petites ecchymoses provenant des vaisseaux papillaires, fortement congestionnés et distendus. Ajoutons que les foyers morbides en question avaient l'aspect de coins à sommet enclavé dans le corps muqueux et à base constituée par la couche cornée épidermique.

Le corps muqueux présente également des lacunes à contenu séreux (4 cas) et sur une préparation on a constaté le contenu réti-forme.

Les portions interpapillaires du corps muqueux étaient fortement



exagérées, surtout dans leur partie supérieure, deux fois plus développée que la base. Les cellules y offraient diverses formes; le noyau en était grand et vésiculeux et le protoplasma abondant renfermait souvent des vacuoles. Les espaces interstitiels étaient dilatés. Sur des préparations fixées au sublimé ou à l'acide osmique on distinguait souvent des figures de karyokinèse, une fois même jusqu'à quatre pour chaque champ microscopique (psoriasis généralisé datant de deux années). Les leucocytes se faisaient remarquer, surtout au-dessous des abcès miliars.

La couche basilaire renfermait pour la plupart 2 à 4 rangées de cellules (dans deux cas jusqu'à 12).

Parfois les processus interpapillaires étaient constitués exclusivement par des cellules cylindriques à gros noyau et à protoplasma peu abondant. Cette couche contenait quelquefois des granulations pigmentaires.

Dans le corps muqueux, à la limite des papilles, nous avons observé dans 9 cas des cellules fusiformes (5 fois en grand nombre), lesquelles étaient deux fois plus longues et une fois et demie plus volumineuses que les cellules du réseau de Malpighi. Ces éléments, le plus abondants vers le sommet des papilles, semblaient pénétrer du tissu papillaire dans l'intérieur du corps muqueux, se groupaient en éventail et se prolongeaient au niveau des papilles mêmes, jusqu'à travers l'épaisseur du corps muqueux. Ils avaient été décrits pour la première fois en 1867 par Biesiadecki comme des éléments migrants, puis par Pagenstecher qui leur a attribué la faculté de régénérer le tissu épidermique, et les regardait également comme des cellules migratrices, d'accord en cela avec Kaposi, Neumann, Sirsky et Schütz.

Or, nous sommes loin de comprendre les raisons qui ont déterminé tous ces auteurs à voir en ces cellules des éléments migrants; leur volume peut être fort différent, leur protoplasma et leur noyau se laissent facilement colorer par les réactifs appropriés; leur aspect général rappelle beaucoup les éléments endothéliaux, sauf que le volume de ces derniers est deux fois moins considérable. Sur bien des préparations, nous avons surpris le rapport intime des éléments fusiformes avec les cellules endothéliales des vaisseaux par l'intermédiaire des prolongements filiformes qui unissaient les unes aux autres. Une extrémité de la cellule fusiforme tenait ainsi à l'endothélium vasculaire, l'autre pénétrait entre les éléments du réseau de Malpighi. Dans un cas, nous avons aperçu une cellule fusiforme enclavée au milieu des éléments épithéliaux et présentant des noyaux en voie de multiplication (étoile double).

Ces données nous amènent bien à croire que les cellules fusiformes proviennent probablement de celles de l'endothélium et servent à former de nouveaux vaisseaux.

En effet, la présence de ces cellules est constante dans les lésions accompagnées d'une vascularisation intense, par exemple dans les condylomes, les rebords des ulcérations, etc. Toutefois on ne saurait rejeter absolument l'opinion qui fait de ces éléments, du moins en ce qui concerne certains d'entre eux, des cellules conjonctives hypertrophiées.

*Derme cutané.* — Dans tous les cas observés les papilles étaient hypertrophiées à un degré variable jusqu'à atteindre de trois à douze fois le volume normal. Le tissu papillaire contenait souvent des cellules fusiformes conjonctives, l'infiltration leucocytaire y était fréquente, parfois même tellement prononcée qu'elle masquait les autres détails histologiques ; il est à noter que l'épiderme était dans ces cas infiltré lui aussi. Les ecchymoses se voyaient souvent dans le tissu papillaire, les vaisseaux se dessinaient nettement le long de la papille, parallèlement à son axe ou bien avaient un parcours flexueux ; les éléments endothéliaux étaient tuméfiés avec des noyaux en bâtonnet.

Ces modifications, plus accentuées dans les couches superficielles du derme que dans la profondeur de celui-ci, consistaient essentiellement dans la dilatation des vaisseaux, qui étaient remplis de globules rouges et dans l'infiltration cellulaire le long de leur parcours. La trame conjonctive du derme avec les fibres élastiques paraissait hypertrophiée. Le tissu adipeux sous-cutané était indemne.

En ce qui concerne les poils, on y remarquait la disjonction de la gaine interne et un développement considérable de la couche granuleuse du corps muqueux ; leur point d'implantation se présentait en forme d'entonnoir à base supérieure, rempli de lamelles cornées.

Peu de modifications dans les glandes sudoripares et sébacées. Il ne nous a pas été possible de découvrir des nerfs malgré les 2,000 coupes examinées et l'emploi des procédés spécialement appropriés à ce but (dans le 25<sup>e</sup> et le 26<sup>e</sup> cas).

Toutes ces altérations ci-dessus énumérées nous font penser que dans le psoriasis il s'agit d'un processus inflammatoire ; telle est l'origine des accumulations de leucocytes dans la couche cornée, de la destruction des éléments épithéliaux et des abcès miliars (plus fréquents au niveau du corps muqueux). C'est à l'inflammation qu'il faut encore attribuer les lacunes à contenu séreux mêlé parfois de réseau de fibrine que l'on rencontre dans la couche épithéliale de la peau, puis l'épaississement considérable du réseau de Malpighi avec la présence des figures karyokinétiques et l'hypertrophie des cellules cylindriques.

Les modifications des papilles sont exactement celles que l'on observe dans leur inflammation : infiltration intense de leucocytes, ecchymoses, tuméfaction et multiplication des cellules endothéliales (éléments fusiformes).

Les lésions inflammatoires du psoriasis sont donc incontestables ; quant aux lésions d'une autre nature, la parakératose, par exemple, elles doivent être considérées comme secondaires. Les images microscopiques, surtout dans les cas accompagnés d'un épaissement considérable de la couche cornée, permettent souvent de voir, à côté des couches des cellules se colorant normalement, des couches qui ne s'imprègnent que légèrement et d'une manière homogène, — ce sont des portions de tissu absolument cornifiées et qu'on observe habituellement là où une grande quantité de leucocytes sépare les unes des autres les couches cornées. Le rapport intime des deux lésions paraît donc certain et on le comprendra facilement de la manière suivante : le processus inflammatoire n'est point continu, mais se produit par poussées successives ; les leucocytes émigrés des papilles pendant les périodes aiguës de l'affection, cheminent vers la surface cutanée jusqu'à ce que la couche de Malpighi ou l'épiderme corné leur oppose une résistance difficile à vaincre. Ils s'accumulent alors en détruisant la connexion entre différentes cellules épidermiques et en produisant leur dégénérescence ou leur dessèchement, suivant que ces connexions sont partiellement ou totalement abolies.

Nous pensons qu'il y a une relation fort simple entre la production des masses cornifiées d'un côté et l'intensité du processus inflammatoire des papilles de l'autre : plus ce dernier est prolongé et violent, plus l'hypertrophie secondaire du réseau de Malpighi et la formation consécutive des masses cornées sont prononcées. Les divers stades de la kératinisation des cellules épidermiques dépendent également du moment et du point où ces cellules isolent des couches profondes de la peau.

Cette manière d'envisager le mécanisme des lésions du psoriasis nous paraît absolument conforme à la réalité, et il serait, croyons-nous, inutile de voir dans le trouble clinique de kératinisation la lésion primitive du psoriasis ; en effet, la kératinisation peut complètement s'expliquer par l'état inflammatoire des papilles dermiques.

Toutes nos recherches histologiques et bactériologiques n'ont pourtant pas élucidé quelle est la cause primitive — la pathogénie — du psoriasis ; de même elles n'ont pas fourni de données au sujet de l'influence de l'innervation sur cette maladie.

SUR LA LUTTE  
CONTRE LA  
PROPAGATION A MASCULO DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Par M. H. Hallopeau (1).

Je m'occuperai plus particulièrement du rôle de l'homme dans la propagation des maladies vénériennes et des moyens de le restreindre, surtout à Paris et dans les grandes villes. Il n'est pas besoin de dire qu'il va de pair avec celui de la femme, avec cette circonstance aggravante que, le mâle ne faisant pas en général commerce de son corps, la société se trouve, par cela même, dépourvue envers lui de toute force coercitive et qu'on ne peut lui opposer la seule mesure radicale qui permette d'empêcher la transmission d'une maladie contagieuse : Nous voulons parler de l'isolement ; elle ne peut donc être, par ce fait même, suffisamment armée.

Cela veut-il dire qu'elle doive, pour cela, rester absolument inactive, comme elle l'est trop souvent aujourd'hui, en face de cette propagation par l'homme, fermer les yeux et se croiser les bras ?

Nous sommes convaincu du contraire et c'est sur les moyens à employer dans cette direction que nous nous permettons d'appeler l'attention de la conférence.

Ces moyens peuvent être divisés en trois groupes : *moyens moraux, moyens administratifs, moyens médicaux.*

1° MOYENS MORAUX. — Il peut paraître paradoxal de prononcer le mot *moral* à propos des maladies dont il est question. Cette qualification nous paraît cependant applicable aux conseils que nous avons le droit et le devoir de donner aux sujets contaminés, dans l'intérêt de leur santé, dans celui de leur famille, dans celui du public.

Tout médecin, consulté par un individu atteint d'une maladie vénérienne, doit le prévenir des conséquences graves qu'elle peut avoir pour lui-même, pour les personnes avec lesquelles il se trouve en contact et particulièrement pour ses proches, et, s'il s'agit d'une syphilis, pour les enfants qu'il pourra procréer ; il doit, conséquemment, lui conseiller l'abstention complète de rapports sexuels aussi longtemps qu'il sera atteint d'accidents transmissibles, soit directement, soit par voie d'hérédité.

Sans doute, les choses se passent ainsi dans une certaine mesure, mais, habituellement, d'une manière insuffisante ; on n'a pour s'en convaincre, qu'à lire les publications de nos éminents collègues A. Four-

(1) Communication à la Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Bruxelles, septembre 1899.

nier et Jullien : *Syphilis et mariage, blennorrhagie et mariage*. Si, fréquemment, de jeunes épouses sont contaminées par suite de l'ignorance où se trouve le mari des dangers qui résultent d'une syphilis trop récente ou d'une vieille blennorrhagie incomplètement guérie, combien le fait doit-il être plus fréquent dans la classe ouvrière, pour les maîtresses attirées ou les femmes de rencontre, alors que le malade ne reçoit, dans une consultation publique, que l'instruction sommaire du traitement à suivre (1) ?

Le médecin a donc à jouer un rôle d'une importance capitale en indiquant au sujet infecté quel est son devoir et nous sommes en droit de dire qu'il s'agit là de *moyens moraux*.

Mais, ce n'est pas seulement le médecin qui doit intervenir efficacement en pareil cas : il y a là en jeu un grand intérêt social ; il appartient donc à la société de se défendre par l'intermédiaire de ses représentants autorisés.

Il serait, à cet égard, éminemment utile d'aviser officiellement les intéressés, comme on commence à le faire pour les tuberculeux, et aussi, grâce à la lutte entreprise si énergiquement par Lucien Jacquet, pour les alcooliques, des dangers inhérents à leurs maladies ainsi que des moyens de les prévenir et d'y remédier. Nous proposons, à cet effet, de prescrire l'affichage, dans chaque atelier, dans chaque grand magasin, dans chaque grande administration, dans chaque débit de vin et sur les murs des mairies, d'un avis ainsi conçu : *toute personne atteinte d'une maladie contagieuse est expressément invitée à consulter de suite un médecin et à s'abstenir de contacts avec une autre personne* (2).

2° MOYENS ADMINISTRATIFS. — Ils sont le corollaire obligé des mesures que nous venons d'indiquer. Actuellement, à Paris, nos vénériens n'ont des consultations et des services spéciaux que dans un nombre restreint d'hôpitaux ; il est indispensable de les multiplier ; il faut que l'ouvrier, que l'employé, en se rendant à son atelier ou à son administration ou en en sortant, trouve, sans être astreint à un dérangement considérable, les conseils et les médicaments dont il a besoin. Nous sommes ainsi conduit à demander que, dans chaque établissement hospitalier, chaque bureau de bienfaisance, chaque dispensaire, il soit établi une consultation spéciale pour les maladies vénériennes, faite par un médecin compétent et pourvu de tous les moyens nécessaires pour les combattre efficacement.

(1) Dans nos polycliniques hospitalières et autres, chaque vénérien devrait recevoir, en même temps qu'une consultation, un avis imprimé dans lequel seraient résumés les dangers inhérents à la contagion de sa maladie.

(2) On pourrait varier cette formule et dire, par exemple : *s'abstenir de contacts de nature à la propager*.

En outre, l'administration de l'assistance publique aura à créer, dans chaque hôpital, un service spécial pour les maladies vénériennes : on y recevra les malades qui se présenteront à ces consultations spéciales; on y transférera en outre ceux des autres services qui, atteints d'affections vénériennes incomplètement guéries, demeurent susceptibles de les transmettre et ne sont plus cependant assez malades pour que leur maintien dans une salle commune, au détriment de ceux qui attendent leur admission, se trouve justifié.

3<sup>e</sup> MOYENS MÉDICAUX. — Ils sont également d'une importance capitale ; il va de soi que, si l'on arrive rapidement à guérir une maladie vénérienne ou à en annihiler les manifestations extérieures, selon toute apparence seules transmissibles en dehors de l'hérédité, on contribue, par cela même, puissamment à en restreindre la propagation.

Nous devons considérer successivement, à cet égard, la blennorrhagie, le chancre simple, la syphilis.

A. — *Blennorrhagie*. — Nous sommes de ceux qui considèrent comme un progrès des plus importants le traitement de cette maladie, dans sa phase aiguë, par les injections, surtout par celles de protargol avec séjour prolongé dans l'urèthre, tel que l'a institué notre éminent collègue Neisser ; grâce à lui, l'on parvient le plus souvent à abréger, dans des proportions notables, la durée de la maladie ; l'idéal serait que ce traitement pût être pratiqué par le médecin lui-même ou des aides expérimentés, dans les consultations spéciales, avec examens méthodiques des urines ; mais, peu de malades consentiraient à se déranger à cet effet, matin et soir, pendant vingt ou vingt-cinq jours ; il faudra donc, après leur avoir pratiqué les premières injections, les engager à revenir fréquemment à ces consultations et leur fournir, en même temps que l'instrument approprié, la solution dont le prix est encore relativement élevé.

B. — Les *chancres simples* seront suffisamment modifiés et rapidement guéris par l'application permanente d'iodoforme ; encore est-il indispensable de le procurer gratuitement aux malades.

C. — *Pour ce qui est de la syphilis, on doit considérer le chancre comme l'instrument principal de sa propagation par l'homme. Or, il est un moyen radical de le rendre inoffensif, c'est de l'enlever.*

Sans doute, ce ne peut être là une mesure générale, car il existe manifestement des chancres inopérables. Mais souvent, au contraire, l'ablation en est facile et nullement pénible, elle peut être faite sans danger et ne laisse à sa suite qu'une plaie simple, laquelle se cicatrise rapidement.

En pratiquant cette petite opération chaque fois qu'elle est possible, on diminuera dans une proportion appréciable le nombre des cas de syphilis ainsi transmise.



*Pour ce qui est des chancres non opérables, on pourrait, dans le même but, les détruire par des caustiques exerçant une action spécifique sur le contagé et les transformer ainsi en plaies simples, non contagieuses. Nous avons obtenu ce résultat, dans un cas, par une application locale de sublimé en poudre; mais, cette cauterisation a l'inconvénient de provoquer une tuméfaction œdémateuse assez considérable. On pourrait peut-être arriver au même but en faisant usage du nitrate acide de mercure, dont on atténuerait l'action douloureuse par une injection de cocaïne, qui paraît inoffensive si l'on a recours au procédé de Poinso.*

*Cette dernière médication doit être, en tout cas, appliquée à une autre manifestation qui constitue presque exclusivement, avec le chancre, la voie de propagation de la maladie: nous voulons parler de la plaque muqueuse. En la détruisant par l'action de ce sel mercuriel, on lui enlève son caractère spécifique, elle n'est plus inoculable, et, simultanément, on débarrasse le malade d'un foyer d'inoculation.*

Il va de soi que ce traitement n'est applicable que dans les cas où ces plaques ne sont pas trop nombreuses, comme il est de règle chez l'homme.

Si nous ne nous trompons, la mise en œuvre de ces moyens curatifs appliqués comme prophylactiques, concurremment avec les moyens moraux et administratifs énumérés précédemment, réduirait dans des proportions considérables la propagation a masculo des maladies vénériennes et nous verrions une phase descendante succéder à la phase ascendante que nous constatons et déplorons actuellement dans la transmission de ces maladiés.

## REVUE DES CONGRÈS ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES

*Bruxelles, 4-8 septembre 1899.*

La Conférence internationale pour la prophylaxie des maladies vénériennes et de la syphilis, qui vient de se réunir à Bruxelles, a été l'occasion de nombreux travaux, dont beaucoup intéressent les syphiligraphes et dont l'analyse sera présentée aux lecteurs des *Annales* avec tous les détails nécessaires. Nous voulons dans ce préambule, au lendemain de la conférence, montrer rapidement son organisation, son but et les résultats auxquels elle peut, dès à présent, être considérée comme ayant abouti.

L'idée de cette conférence était née à Berlin, au mois d'octobre 1897, pendant la Conférence de la lèpre. La première proposition de la réunir y fut formulée par le Professeur Wolff, de Strasbourg, et accueillie avec intérêt par la plupart des médecins présents; le soin de la mettre à exécution fut confié au Dr Dubois-Havenith avec mission de réunir la Conférence à Bruxelles, en 1899.

Grâce au concours du Gouvernement belge et au prix d'efforts et de démarches incessantes, notre collègue est parvenu à réunir et à organiser d'une façon remarquable une Conférence, à laquelle ont pris part plus de 300 membres de toutes nationalités, médecins, jurisconsultes, administrateurs et législateurs, les uns à titre de délégués des divers gouvernements et des diverses administrations, les autres à titre privé et en raison de leur compétence particulière sur les questions médicales, sociales ou administratives du ressort de la Conférence.

C'est ainsi que le Comité d'organisation de la Conférence comprenait le Ministre des travaux publics de Belgique, le bourgmestre de Bruxelles, le Secrétaire général du ministère des travaux publics avec, pour secrétaire général, le Dr Dubois-Havenith et pour secrétaire le Dr Bayet; que le Président de la Conférence était M. Lejeune, ministre d'État de Belgique, et que, parmi ses membres, on comptait, outre un grand nombre de notabilités dermatologiques de tous les pays, le Président du Conseil d'État du canton de Genève, un des vice-présidents du Conseil municipal de Paris, le chef de la 1<sup>re</sup> division de la Préfecture de police de Paris.

En présence d'éléments aussi différents, les délibérations de la Conférence ont porté sur des points très divers et se sont ressenties nécessairement des compétences, et aussi, il faut bien le dire, des incompétences, qui y étaient représentées. Elles se sont surtout ressenties de la mise en présence de représentants des deux opinions qui, actuellement, cherchent à prévaloir au sujet de la prophylaxie administrative et policière de la prostitution, à savoir les « réglementaristes », les « abolitionnistes ». Avec

un grand esprit d'indépendance et de libéralité, les organisateurs de la Conférence avaient fait, dans leurs invitations, une très large place aux représentants, quelquefois plus acharnés qu'autorisés, des doctrines abolitionnistes et des différentes sectes de l'« Abolitionnisme ». Réunis par leur commune horreur pour toute espèce de réglementation, ils ont, dès le début de la Conférence, combattu en groupe compact et, grâce au système d'obstruction qui réussit souvent aux oppositions, ils sont parvenus souvent à faire dévier les discussions et ont certainement fait obstacle à l'adoption de vœux qui auraient réuni une imposante majorité. Pour un auditeur qui aurait suivi les discussions, sans tenir compte d'aucun autre élément que la fougue et le nombre des orateurs qui y prenaient part et sans chercher à scruter les opinions de la majorité des auditeurs, il aurait pu sembler que la conférence se composait surtout « d'abolitionnistes », et cependant en réalité la grande majorité de ses membres était d'une opinion tout opposée que les discussions n'ont fait que confirmer.

D'ailleurs, les résolutions prises par la Conférence, montrent bien que la liberté de la prostitution n'a pas été pour la Conférence de Bruxelles, comme quelques-uns ont déjà essayé et essayeront encore peut-être de le faire croire, un article de foi.

De ces résolutions et des vœux de la Conférence se dégage l'idée que, si la prostitution doit être réglementée, il faut apporter dans cette réglementation toute l'humanité possible et que, à la réglementation, il faut adjoindre des œuvres de moralisation de la femme. Suivant l'heureuse formule donnée par M. le Professeur Fournier, c'est surtout des mineures qu'il faut se préoccuper, ce sont elles qu'il faut empêcher de se prostituer : l'humanité et la charité commandent de les protéger, et, pour une fois au moins, la prophylaxie des maladies vénériennes s'accorde avec elles, car ce sont surtout les mineures qui disséminent la syphilis.

Au point de vue purement scientifique, et exclusivement médical, la Conférence de Bruxelles ne pouvait évidemment pas donner occasion à des travaux de haute originalité ; elle a permis cependant de recueillir, sur toutes les questions relatives à la prostitution, des documents de haute valeur ; les enquêtes faites à son occasion dans les différents pays, les rapports qui lui ont été communiqués et les procès-verbaux de ses séances formeront le recueil le plus complet et le plus utile à consulter qui ait été depuis longtemps publié sur ce point d'hygiène sociale. Des discussions est résulté nettement cette conclusion qui n'est sans aucun doute ni nouvelle, ni faite pour étonner, mais qu'il n'est pas inutile de rappeler à certains polémistes, que les statistiques concernant les maladies vénériennes ne peuvent être invoquées ni pour ni contre la réglementation, attendu qu'elles peuvent tout démontrer, qu'elles reposent trop souvent sur des bases discutables et qu'elles ne sont pas comparables entre elles. Comme l'a dit M. le Professeur Fournier, aux applaudissements de la Conférence, le bon sens vaut mieux que les statistiques pour juger les questions relatives à la prostitution et à sa réglementation.

Avant de terminer ce premier article sur la Conférence de Bruxelles, je tiens à rendre l'hommage qui lui est dû à la haute distinction avec laquelle le Président de la Conférence, M. le Ministre Lejeune, a dirigé

ses débats, tâche difficile et laborieuse entre toutes, en raison de la complexité des éléments dont elle était composée tant au point de vue de leur compétence qu'au point de vue de leur langage.

Il n'est que juste également de noter le soin minutieux avec lequel avaient été organisés les divers services de la Conférence. On s'en rendra compte lorsque j'aurai dit que, dans le mois qui a précédé l'ouverture, tous les membres de la Conférence avaient reçu à leur domicile personnel les rapports préliminaires, lesquels ne comprenaient pas moins de 1,000 pages in-8°, ce qui leur avait permis d'étudier ces rapports à loisir et de les utiliser pour préparer les argumentations; par un raffinement dont plus d'un de nous a ressenti toute l'utilité, les rapports écrits en langue allemande étaient accompagnés d'un résumé en langue française fait par un très distingué assistant secrétaire, M. Sand. Le jour même de l'ouverture de la Conférence; il était remis à chacun des membres 3 forts volumes in-8° formant un total de 2,000 pages environ et renfermant tous les rapports et un certain nombre des communications qui devaient être faites à la Conférence; enfin, pendant le cours de celle-ci, il a encore été distribué, par les soins du Secrétariat, un grand nombre de communications imprimées.

Par une heureuse innovation, toutes les communications et toutes les argumentations en langue allemande ou anglaise étaient immédiatement résumées en français: MM. le Professeur Wolff et le Dr Ehlers ont, à la demande du Secrétaire général, accepté la charge de cette traduction et l'on remplit avec un rare bonheur et un dévouement ininterrompu, pour le plus grand profit de tous.

Le même soin du détail se retrouvait dans l'organisation des bureaux de la Conférence.

Sur tous ces points, le Dr Dubois-Havenith a dépassé en précision et en perfection pratique les organisateurs des Congrès et Conférences antérieurs: tous les assistants lui en ont rendu le juste témoignage, et pour notre part nous avons puisé à Bruxelles de précieux exemples dont nous nous efforcerons de nous inspirer dans l'organisation matérielle du Congrès prochain de Dermatologie.

Nos collègues bruxellois ont rivalisé de cordiale hospitalité pour rendre agréable et utile aux membres de la Conférence leur séjour à Bruxelles, et ils y ont pleinement réussi. Nous leur en adressons ici les remerciements de tous les membres français.

Le Gouvernement belge et le Collège des Échevins de Bruxelles ont témoigné aux membres de la Conférence des égards dont ceux-ci conserveront longtemps le souvenir. La première séance de la Conférence a été ouverte par M. le Ministre de l'agriculture et par M. le Ministre de l'intérieur et de l'instruction publique. Une réception a été donnée en son honneur par M. le Ministre des affaires étrangères. Le Collège des Échevins lui a réservé la surprise d'une réception du soir dans le merveilleux Hôtel de Ville de Bruxelles. Enfin, S. M. le Roi des Belges a voulu que la dernière réunion de la Conférence fût suivie d'une réception au Palais Royal, réception au cours de laquelle chacun des membres de la Conférence a eu l'honneur d'être présenté individuellement au Souverain.

C'est donc au Palais Royal même, à quelques pas du *Palais des Académies* où avaient eu lieu les séances de la Conférence, que se sont échangés les derniers adieux et les espérances de se retrouver en 1902 à Bruxelles, à la Conférence dont la réunion venait d'être votée.

M. le Professeur Fournier a, en effet, fait décider par la Conférence la création d'une *Société internationale de prophylaxie sanitaire et rurale*, qui a pour but de continuer par des réunions périodiques et par la publication d'un organe officiel, l'œuvre inaugurée à Bruxelles.

GEORGES THIBIERGE.

### Compte rendu des travaux de la Conférence.

#### ENQUÊTES SUR L'ÉTAT DE LA PROSTITUTION ET LA FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LES DIFFÉRENTS PAYS.

Ces enquêtes, confiées à des médecins versés dans l'étude des maladies vénériennes, forment dans leur ensemble un volume de 920 pages; elles se composent de statistiques et de renseignements sur la législation et la réglementation de la prostitution dans les différents pays d'Europe et dans quelques nations extra-européennes.

Cet ensemble considérable de documents échappe à une analyse détaillée; le résumé que nous en donnons ci-dessous est surtout destiné à montrer au lecteur la nature et l'importance des documents contenus dans chacune de ces enquêtes, qui devront désormais être consultées par quiconque s'occupera de la question de la prostitution.

Le plan général de ces enquêtes, auquel malheureusement tous les auteurs ne se sont pas conformés, avait été très exactement établi par les organisateurs de la Conférence et comprenait une série de questions relatives aux diverses catégories de prostituées, aux maisons de tolérance, aux règlements sur la prostitution et à leurs variations, à l'examen médical des prostituées, à leur hospitalisation et à leur traitement, aux diverses formes de la prostitution, aux modes de recrutement des prostituées et aux influences qui les poussent à la prostitution, à la part que prennent dans la propagation des maladies vénériennes la prostitution réglementée et la prostitution libre, à l'influence que l'absence de réglementation exerce sur la dissémination des maladies vénériennes, à l'existence de services spéciaux et de policliniques pour le traitement des maladies vénériennes, aux dispositions des règlements des sociétés de secours mutuels en ce qui concerne les maladies vénériennes, enfin à l'organisation de l'enseignement de la vénéréologie.

#### Allemagne.

**Blaschko** (Berlin) montre qu'aucun pays d'Europe n'est dans une situation aussi favorable que l'Allemagne au développement des maladies vénériennes, en raison de son développement extraordinairement rapide et limité aux grandes villes et aux centres industriels.

La législation actuelle punissant le maquereillage, interdit les maisons de tolérance; cependant quelques villes les ont conservées, d'autres ont créé des rues spéciales pour les prostituées. Les autres placent sous le contrôle sanitaire de la police les filles qui, malgré les avertissements, se

livrent à la prostitution. A Augsbourg et à Stuttgart, les filles ne sont inscrites dans les registres de la prostitution que sur leur demande. Dans le Duché d'Anhalt, toute personne ayant des rapports sexuels (même désintéressés) avec plusieurs hommes est soumise à la visite. A Posen, on y envoie toutes les serveuses et servantes d'estaminet, à leur entrée en service. A Francfort, on a un jour décidé de visiter tous les domestiques et toutes les servantes au point de vue de la syphilis. Toutes ces mesures sont illégales.

En Prusse, la visite a lieu dans un local approprié ; elle devrait être au moins hebdomadaire, mais ne l'est pas en réalité ; l'examen microscopique est recommandé, mais n'est souvent pas fait ; l'hospitalisation est obligatoire et gratuite. Les médecins inspecteurs sont rarement spécialistes.

A Berlin, le nombre des ouvrières prostituées diminue, tandis que celui des servantes prostituées augmente tous les jours.

En 1895-1896, 25,5 soldats allemands sur 1,000 étaient vénériens.

Sur 100 cas de maladies vénériennes, il y a, en Allemagne, 60,3 cas de blennorrhagie, 16,7 cas de chancre simple, et 23 cas de syphilis.

Pour ce qui est de la répartition géographique, les chiffres des soldats malades correspondent assez bien avec ceux des caisses d'assurances des employés.

Les maladies vénériennes sont plus rares à la campagne ; mais, par le fait du service obligatoire, elles tendent à s'y répandre.

L'assurance pour la maladie, qui est obligatoire en Allemagne, ne couvre pas les frais occasionnés par les maladies vénériennes ; il en résulte que beaucoup, au lieu de consulter le médecin de l'assurance, s'adressent à un charlatan. De même la loi autorise le renvoi immédiat, sans indemnité, des servantes, ouvriers, marins et employés atteints de maladies vénériennes.

### *Belgique.*

**Bayet** (Bruxelles) dit qu'il est impossible de fixer la fréquence absolue des maladies vénériennes dans la population belge ; ce qu'on peut dire, c'est que comme dans les autres pays, la blennorrhagie et la syphilis y sont très répandues, le chancre mou est relativement rare et n'apparaît que par poussées. Il semble que la fréquence des maladies vénériennes s'accroisse en Belgique.

La part à faire aux différents modes de contamination est très difficile à établir. Sur 114 hommes pour lesquels la source de la syphilis a pu être déterminée, 34, c'est-à-dire 30 p. 100, l'avaient contractée de prostituées ou de filles de rencontre ; 55, c'est-à-dire 48 p. 100, de serveuses de café et de femmes de mœurs légères ; 25, c'est-à-dire 22 p. 100, de femmes ne se livrant ni à la prostitution surveillée ni à la prostitution clandestine.

A Bruxelles, sur 142 prostituées arrêtées de 1894 à 1898 pour manquement aux visites sanitaires, 23 ont été reconnues malades, et ce chiffre est certainement supérieur à celui de la moyenne réelle des prostituées malades, car il a été recueilli chez des femmes qui avaient quelque raison de se soustraire aux visites ; sur 416 clandestines visitées, 106 ont été reconnues malades.



Les hôpitaux des grandes villes possèdent presque tous des services spéciaux pour le traitement des vénériens, mais ces services sont presque tous négligés relativement aux autres et ils sont généralement insuffisants comme nombre de lits. Dans les petites villes et les campagnes il n'y a ordinairement pas d'installation spéciale pour les vénériens.

Les grandes villes et un certain nombre de villes de moyenne importance ont une surveillance de la prostitution et des règlements dont le type est celui de la ville de Bruxelles. Ces règlements sont généralement bien faits, mais le nombre des prostituées inscrites est dérisoire : à Bruxelles, il est de 169, à Gand de 39, à Liège de 102. L'écart avec les nécessités inhérentes à des villes de cette importance est comblé par la prostitution clandestine.

Le nombre des maisons de tolérance est, à Bruxelles, de 6 avec 63 pensionnaires.

L'examen des prostituées se fait par des médecins nommés par l'administration communale et, suivant les villes, à l'hôpital communal, ou dans un local spécial, ou au domicile de la femme.

**E. Beco** (Bruxelles) fait un exposé très complet de la législation belge et des règlements en vigueur dans les principales villes du Royaume.

### *Bosnie et Herzégovine.*

**Glück** (Sarajevo) montre que, en Bosnie et Herzégovine, la syphilis n'est pas également répartie, elle forme plusieurs grands centres plus ou moins isolés. Avant l'occupation austro-hongroise, les conditions patriarcales du pays, l'habitude de marier les jeunes gens de bonne heure et les besoins très modestes des habitants faisaient que très peu de femmes s'adonnaient à la prostitution ; elles demeuraient presque toutes dans les grandes villes de garnison et étaient libres de tout contrôle policier ou médical ; cette négligence provoqua un fort accroissement de la syphilis parmi les soldats ottomans en Bosnie. L'armée austro-hongroise fut suivie d'une troupe de prostituées, pour la plupart de nationalité hongroise ou croate. En 1898, 250 prostituées vivaient dans 21 localités de la Bosnie-Herzégovine ; la même année, la proportion de maladies vénériennes (blennorrhagie et chancre simple) était de 5,4 pour 10,000 habitants et celle des cas de syphilis de 17,9. Cette proportion anormale tient à ce que la syphilis se répand très souvent par la voie extra-génitale et à ce que la prostitution n'a pas pris racine dans les mœurs.

La prostitution est tolérée, mais étroitement surveillée. Les prostituées sont obligées de demeurer dans des maisons de tolérance situées en dehors de la banlieue de la ville. Chaque prostituée doit être visitée deux fois par semaine par un médecin officiel ; la prostituée trouvée atteinte d'une maladie vénérienne ou infectieuse est dirigée sans retard sur l'hôpital le plus proche et n'est libre d'exercer son métier que lorsque sa guérison a été constatée par le médecin.

La réglementation de la prostitution n'est qu'une face de la lutte contre la syphilis en Bosnie-Herzégovine. On a en plus ouvert des hôpitaux avec services spéciaux pour les maladies vénériennes et des dispensaires auxquels le Gouvernement fournit gratuitement les médicaments desti-

nés aux syphilitiques. En outre, lorsqu'un médecin d'hôpital ou de dispensaire observe, dans un temps relativement court, plusieurs syphilitiques provenant d'une localité dépourvue de médecin, il est obligé d'en avvertir le Gouvernement qui le mande, aux frais du pays, dans la localité en question et il doit y rechercher les syphilitiques et les soigner gratuitement.

### **Bulgarie.**

**Beron** (Sofia) a relevé en Bulgarie 360 prostituées dans 62 maisons de tolérance et 87 prostituées libres.

Toute personne se livrant à la prostitution est inscrite et soumise à la visite dans un dispensaire ou chez elle.

La prostitution clandestine est punissable d'un mois de prison.

Toute prostituée possède un livret qui contient sa photographie et le résultat de chaque visite médicale. Ce livret doit être exhibé à chaque visiteur.

Sur 95 prostituées des maisons de tolérance en 1898, à Sofia, 45 étaient vénériennes, 11 atteintes de syphilis, 24 de blennorrhagie, 11 de chancre simple.

Sur 79 prostituées libres, 45 étaient vénériennes, 8 étaient atteintes de syphilis, 21 de blennorrhagie, 6 de chancre simple. Mais beaucoup de prostituées libres éludent la visite, de sorte que le taux des affections vénériennes est pour elles inférieur à la réalité.

Il semble que la syphilis se répande de plus en plus dans les villes par la prostitution et dans les campagnes par la voie extra-génitale.

Sur 3 millions d'habitants des villes, 4,000 sont traités annuellement pour syphilis dans les hôpitaux et les cliniques. La syphilis a été constatée de 1894 à 1899 dans 1,579 villages. La moyenne de l'armée est de 5,25 p. 100.

Les syphilitiques ont droit aux soins gratuits; les autres vénériens payent 2 francs par jour à l'hôpital; la commune paie pour les pauvres. Les blennorrhagiques ne sortent qu'après trois examens bactériologiques négatifs.

Il y a à Sofia une policlinique spéciale et un service de 60 lits pour les vénériens. Dans les hôpitaux de province, ceux-ci sont admis dans les services de médecine interne ou de chirurgie, mais le nombre de lits est, en général, insuffisant.

### **Danemark.**

**Ehlers** (Copenhague) peut donner des renseignements importants sur les maladies vénériennes en Danemark, la déclaration de ces maladies étant obligatoire. La statistique indique, pour la ville de Copenhague, une proportion moyenne de 4 pour 1,000 habitants, avec des exacerbations qui ont été jusqu'à 6 pour 1,000 (1869), à 6,5 (1885), 7,3 (1886) et des minima atteignant 2,8 (1892).

En Danemark, la prostitution est surveillée par la police, c'est le seul pays qui possède une véritable loi (1874) réglant la surveillance de la prostitution.

On comptait, à la fin de 1897, 615 prostituées et 33 maisons avec 100 femmes, toutes ces maisons de bas étage.

Le règlement de police est observé avec assez de zèle et assez efficace pour nettoyer les rues et empêcher partiellement la provocation publique ; son influence sur la prophylaxie des maladies vénériennes est probable et logiquement admissible, malgré les assertions contradictoires de la statistique.

L'examen des prostituées se fait deux fois par semaine, par deux médecins et les femmes malades sont envoyées à l'hôpital. Toute prostituée atteinte de maladie vénérienne est internée de force à l'hôpital.

La prostitution clandestine, qui est de beaucoup la plus importante, infeste cependant beaucoup moins les rues que dans beaucoup de capitales d'Europe ; il n'y a pas de brasseries de femmes et les prostituées ne sont pas tolérées dans les cafés, mais la prostitution commence à se montrer dans les annonces des journaux à bon marché.

Ehlers reproduit in extenso les lois danoises sur la matière.

### *France.*

Ozenne (Paris) expose avec détails l'état de la prostitution et de sa réglementation à Paris et dans quelques grandes villes de France.

Pour Paris, il reproduit les arrêtés préfectoraux bien connus (Arrêté Gigot) et les statistiques de Commenge qui vont jusqu'à 1897.

Pour les villes de province, il donne des renseignements inédits dus à des médecins de chaque ville.

A Lyon (Carry et Jeard), la prostitution est assez répandue, elle est réglée par des arrêtés de police et, grâce à des mesures prises dans ces dernières années, il s'est produit une diminution des maladies vénériennes chez les prostituées et, par suite, chez les soldats. En 1897, on comptait 615 prostituées isolées et 239 en maison, et, en 1898, 380 isolées et 126 en maison. Toutes les filles sont astreintes à subir une visite par semaine et les syphilitiques en passent deux.

L'examen des prostituées est fait par des médecins spéciaux, qui doivent avoir été internes ou chefs de clinique à l'Antiquaille. La prostitution clandestine existe sous toutes les formes et les statistiques montrent que la proportion des maladies vénériennes contractées chez les clandestines, plus élevée que chez les isolées et les filles en maison, est moins considérable qu'autrefois. Il n'y a pas de statistique de la fréquence des maladies vénériennes pour toute la ville de Lyon : dans la garnison, on a relevé en 1896, 43,4 pour 1,000, en 1897 39,9 pour 1,000, en 1898, 47,29 pour 1,000 ; chez les prostituées, en moyenne 12,5 pour 100 de malades pour les filles de maison, 22 pour 100 chez les isolées, 31,2 chez les in-soumises.

A Montpellier (Brousse), la prostitution est assez répandue. La réglementation existe, mais elle ne porte que sur un petit nombre de filles, approximativement 1 prostituée sur 6. Les visites sanitaires ont lieu une fois par semaine, dans un dispensaire attenant à un bureau de police et les filles reconnues malades sont traitées dans un service rattaché à la Clinique syphiligraphique de la Faculté ; il n'y a pas de statistique des mala-

dies vénériennes relativement à la population totale. La statistique du service de la Clinique montre que, à mesure que le nombre des prostituées malades devient plus grand à l'hôpital, le nombre des vénériens diminue sensiblement dans la population masculine indigente et surtout dans la garnison. Les vénériens et les vénériennes libres sont reçus à l'hôpital dans les mêmes conditions que les malades ordinaires ; ils sont hospitalisés dans les services des maladies cutanées ; cependant les femmes sont en partie admises dans le service des filles soumises malades, le nombre des lits qui leur sont affectés étant trop restreint.

A Toulouse (Audry), où il n'y a pas de statistiques pour la population totale, la syphilis ni la blennorrhagie ne semblent pas en progression. La surveillance médicale est illusoire et faite par des médecins non spécialistes qui sont en même temps médecins de l'état civil et font le service des prostituées à tour de rôle. Les prostituées malades sont hospitalisées dans un service très défectueusement organisé.

A Marseille (Perrin), les maisons de tolérance sont réunies dans un quartier réservé, voisin du port ; les maisons fermées disparaissent pour être remplacées, malgré les efforts de la police, par des maisons libres. Les filles ne doivent pas loger en garni. Le nombre des maisons fermées, qui était de 80 jusqu'en 1892, s'est abaissé à 12 ; le nombre des maisons libres dans le quartier réservé est de 55, le nombre des magasins indépendants des maisons libres est de 65, celui des maisons de passe, de 33 ; celui des femmes libres habitant le quartier réservé de 205, celui des femmes en maisons fermées de 90. La maison libre n'est qu'un garni dans la maison réservée, la femme en sort quand elle veut et peut même ne venir dans la maison que pour son commerce et habiter en ville. Toutes les filles publiques sont assujetties à la visite une fois par semaine, mais la rigueur de la visite a beaucoup varié avec les diverses municipalités qui se sont succédé.

Dans l'armée de terre (Burlureaux), la morbidité vénérienne a varié dans ces vingt dernières années entre un minimum de 0,9 pour 1,000 (1877) et un minimum de 10,4 pour 1,000 (1882) et atteint en 1895 (dernière statistique publiée) le chiffre de 7,8 pour 1,000. Ces chiffres sont les chiffres de la statistique officielle de l'état sanitaire de l'armée ; ils comportent quelques causes d'erreurs, un certain nombre de cas de maladies vénériennes dans l'armée échappant au contrôle médical : en effet, les malades ignorent parfois la nature de leur mal, d'autres cherchent à le dissimuler, soit parce qu'il leur répugne qu'il soit connu de leurs camarades (cette cause de dissimulation n'existerait pas si la visite cessait de se faire en présence des autres malades), soit à cause des ennuis professionnels que leur attire leur maladie quand elle est connue de leurs chefs, principalement des sous-officiers.

A Alger (A. Rey et L. Julien) il existait, au 9 juillet 1899, 337 prostituées inscrites 207 européennes et 130 mauresques), 13 maisons de tolérance comptant 94 pensionnaires européennes et 5 mauresques.

Les règlements sur la prostitution sont similaires à ceux de France et la police des mœurs fait son possible pour les appliquer, mais depuis deux ans elle est très souvent distraite de son service et elle n'a d'ailleurs pas

le droit d'intervenir dans les deux faubourgs d'Alger qui forment des communes indépendantes, sans police des mœurs, et où se réfugient les prostituées malades ou non.

La visite des prostituées se fait dans les mêmes conditions qu'à Paris, par des médecins nommés au concours.

Les femmes reconnues sont internées et soignées dans les locaux du dispensaire. Les prostituées syphilitiques et non atteintes d'accidents contagieux sont autorisées à venir librement se faire soigner au Dispensaire par les injections mercurielles et beaucoup d'Européennes et quelques mauresques profitent de cette faveur.

Les maladies vénériennes sont très fréquentes à Alger et le corps d'armée d'Algérie occupe le premier rang parmi les troupes françaises au point de vue de la morbidité vénérienne avec une proportion de 84 pour 1,000. Les maladies vénériennes sont surtout importées à Alger, parmi les femmes publiques, par les matelots de passage.

### *Grande-Bretagne.*

**C. Drysdale** (Londres) expose la législation anglaise et les déficiences de l'hospitalisation des vénériens en Angleterre. Il montre que les « Contagious Diseases Acts » de 1866-1869 n'ont pas amené de diminution dans le nombre des vénériens dans l'armée anglaise, mais il ne fournit aucun document statistique sur le nombre actuel des vénériens en Angleterre. Il déclare que le système d'enregistrement des femmes par la police est injuste, sans effet, et rend ces maladies plus fréquentes. Il conseille, pour restreindre le nombre des vénériens, l'autorisation pour les soldats de se marier, la notification aux autorités sanitaires des cas de syphilis et de chancre simple, l'édiction de pénalités contre ceux qui transmettent consciemment la syphilis.

Ce rapport ne renferme rien de nouveau, il n'a même pas le mérite de répondre à son titre.

### *Hongrie.*

**Rona** (Budapest) expose que la prostitution, admise par la loi, est soumise aux règlements communaux.

A Budapest, la prostitution clandestine est tolérée en partie, l'inscription obligatoire n'existe pas. Il y a environ 1,250 prostituées inscrites et 34 maisons de tolérance renfermant 439 filles.

La visite médicale est bi-hebdomadaire, elle est très complète, l'examen bactériologique est souvent fait, le médecin ne doit pas être spécialiste.

Le traitement hospitalier est obligatoire.

La prostitution clandestine et la prostitution occasionnelle sont très répandues.

Les maladies vénériennes, et en particulier la syphilis, se répandent de plus en plus.

La garnison a 93,3 vénériens pour 1,000, les étudiants 6,6 syphilitiques, pour 1,000; sur 1,000 ouvriers, on en compte 9 blennorrhagiques, 5,5 atteints de chancre simple, 2,3 syphilitiques.

30 à 50 pour 100 des maladies vénériennes sont contractées dans les maisons de tolérance.

Il existe des règlements protecteurs contre la syphilis extra-génitale (nourrices, hôtels, restaurants, etc.), et contre l'ophtalmo-blennorrhagie.

Le traitement hospitalier est gratuit pour les vénériens et les vénériennes pauvres et de nombreux services spéciaux et policliniques sont affectés au traitement des maladies vénériennes.

Les caisses de secours mutuels refusent toute aide aux vénériens.

### *Italie.*

**Tommasoli** (Palerme) fait un historique complet de la législation de la prostitution en Italie.

L'arbitraire de la police était le seul frein de la prostitution en Italie, lorsque, en 1855, le ministre Rattazzi promulgua, pour le Piémont, un règlement comportant l'inscription obligatoire, la visite bi-hebdomadaire et le traitement forcé dans les hôpitaux spéciaux. En 1860, Cavour fit étendre ce système à l'Italie entière. Les abolitionnistes, au nom de la morale, obtinrent de Crispi sa suppression en 1888. Mais, attaquée par les corps savants, cette réforme radicale fit place, en 1891, à un système intermédiaire, voté sous le ministère Nicotera.

Le degré de surveillance de la prostitution est, en Italie, très variable selon les villes.

Les prostituées clandestines sont beaucoup plus nombreuses que les inscrites; le nombre des maisons de tolérance tombe dans la plupart des villes, se relève dans d'autres.

La surveillance est exercée, au point de vue des bonnes mœurs, par un inspecteur et des agents, en nombre beaucoup trop restreint (11 à Naples, 4 à Turin, Milan, Venise et Palerme, etc.); au point de vue hygiénique, par le médecin provincial, qui est à la tête du personnel suivant :

*Direttore della sala celtica* (inspecteur des syphilitiques), souvent en même temps directeur du service de dermato-syphiligraphie;

*Direttore del Dispensario celtico*, qui dirige le traitement ambulatoire;

*Medico visitatore* qui, dans les grandes villes, visite les prostituées inopinément et sans les prévenir.

Il est remplacé dans les petites villes par l'*Ufficiale sanitario*.

*Medico fiduciario* qui fait la visite bi-hebdomadaire.

Les visites sont faites à domicile; le médecin n'est pas spécialiste; l'examen bactériologique est très rarement pratiqué.

Si la prostituée trouvée malade offre des garanties pécuniaires suffisantes et vit chez elle, elle se traite elle-même à son gré; si elle paraît moins sûre, elle est soumise au traitement ambulatoire; si elle n'offre aucune garantie, elle est hospitalisée.

La prostitution des mineures est si répandue, à ce point, que sur quatre inscrites, une est âgée de moins de 21 ans (une sur deux en Sicile).

Il existe des maisons de refuge et des asiles pour filles repenties.

Les soldats vénériens ne sont pas punis, s'ils se présentent d'eux-mêmes à la visite et dénoncent leur contaminatrice; mais ils sont alors internés à l'hôpital militaire, où ils ne jouissent d'aucune liberté.

Les statistiques hospitalières civiles accusent une diminution constante de la syphilis depuis trente ans; au contraire, la fréquence des maladies



vénériennes augmente dans l'armée. Notre enquête privée accuse une diminution dans certaines villes, une augmentation dans d'autres.

### Norvège.

**A. Holst** (Christiania) peut donner une statistique remontant à plusieurs années, la loi sanitaire de la Norvège de 1860 obligeant les médecins à déclarer aux Commissions sanitaires tous les cas de maladies vénériennes sans indication ni du domicile ni du nom du malade ; cette statistique, cependant, est défectueuse à certains égards par suite de l'absence de certains éléments et il est impossible de comparer, sans formuler des réserves, les chiffres des différentes années. Depuis 20 ans, la proportion des maladies vénériennes a varié, pour la ville de Christiania, de 0,57 pour 100 habitants (1888) à 2,07 (1882).

La réglementation de la prostitution ayant été abolie à Christiania depuis le 15 février 1888, on a constaté une diminution des cas des maladies vénériennes chez les femmes pendant les années suivantes ; cette diminution prouve simplement que les « chiffres officiels » sont faux, en ce qui concerne les femmes, car la proportion des prostituées par rapport au chiffre de la population a augmenté depuis la suppression de la réglementation.

Quoique la déclaration des maladies vénériennes par les médecins ne comporte pas l'indication du nom, ni de la résidence du malade, elle doit contenir l'indication du nom et du domicile de la personne qui l'a contaminé et, quand la Commission sanitaire a reçu des informations concernant une telle source contagieuse, cette personne est citée à comparaître devant un médecin de la Commission qui l'examine et, si cela est nécessaire, la fait recevoir dans un hôpital. Cette manière de procéder s'est montrée très peu efficace, ce qui tient à ce que les hommes connaissent rarement le nom vrai ou le domicile de la femme qui les a contaminés et à ce que les femmes, sachant les habitudes de la Commission, donnent de faux noms et de fausses adresses ; il en est de même des hommes qui transmettent des maladies.

Dans les villes autres que Christiania, la réglementation n'a pas été abolie, mais elle est de moins en moins régulièrement appliquée.

D'après la loi sanitaire de 1860, on peut contraindre toutes les personnes atteintes de maladies vénériennes à l'hospitalisation et la Commission sanitaire peut, en cas de refus, employer pour cela l'assistance de la police.

Il y a, dans les villes principales de la Norvège, des services spéciaux pour les maladies vénériennes, cependant ces dernières sont en partie traitées dans des services communs pour toutes les maladies de la peau.

### Pays-Bas.

**Selhorst** (La Haye) fait observer qu'en Hollande, la prostitution n'est régie par aucune autre disposition législative qu'un article du Code pénal qui punit les individus se livrant au « maquereillage » et les tenanciers de maisons publiques recevant dans leurs maisons des femmes qui ignorent la nature de ces maisons. Toutes les autres mesures concernant la pros-

titution sont du ressort des municipalités, auxquelles la loi donne le mandat d'y veiller et même, depuis quelques années, en partie sous l'influence d'idées religieuses, il y a une tendance à supprimer tout contrôle de la prostitution. L'expérience a montré que l'exécution des ordonnances n'était pas praticable dans certaines villes; c'est seulement dans les maisons de tolérance et dans les maisons de passe qu'une réglementation a pu être et est encore effectuée. Le nombre des maisons de tolérance diminue graduellement et même, dans plusieurs villes, comme à Amsterdam depuis l'année dernière, il est défendu d'en tenir, mais le plus souvent elles persistent sous le nom plus inoffensif d'« hôtels ». Les femmes de ces maisons sont astreintes à quelques ordonnances hygiéniques et l'examen médical se borne à une inspection très primitive au moyen du spéculum faite par un médecin non spécialiste et très peu payé. Les prostituées non inscrites ne sont l'objet d'aucune surveillance. Aussi, sur plusieurs milliers de prostituées qui existent à Amsterdam, il n'y en a que 110 qui soient visitées, et à la Haye 8 seulement. Les femmes reconnues malades à la visite sont envoyées à l'hôpital, où elles sont soignées, mais les prostituées non enregistrées ne se rendent jamais à l'hôpital; une autre cause de dissémination des maladies vénériennes consiste dans ce fait que les institutions charitables refusent presque toutes le traitement aux maladies vénériennes et syphilitiques.

En dehors d'Amsterdam, il n'y a pas de services spéciaux pour les maladies vénériennes dans les hôpitaux.

A Amsterdam, la syphilis et les maladies vénériennes sont très répandues dans toutes les classes de la société. Les maisons de tolérance ont été abolies en 1896, à la suite d'une enquête qui a montré qu'elles n'avaient aucune importance au point de vue sanitaire. La recherche de l'origine de 1,285 cas d'infection chez l'homme a montré que 35 pour 100 avaient pour origine les maisons de tolérance, 49 pour 100 la prostitution libre; dans 16 pour 100 l'origine de la maladie n'a pu être déterminée; la grande proportion des cas, provenant de la prostitution libre, tient à ce que les femmes surveillées sont très peu nombreuses, et non pas à ce que la prostitution surveillée est moins dangereuse.

A La Haye, la syphilis et la blennorrhagie sont très répandues dans toutes les classes de la société, elles sont dues à la prostitution libre, les prostituées inscrites n'étant plus qu'au nombre de 8.

A Rotterdam, où la prostitution est réglementée, la syphilis et la blennorrhagie sont également très répandues. Le nombre des filles inscrites diminue chaque année: il est tombé de 228 en 1897 à 164 en 1898; ces femmes n'ont fourni en 1897 que 90 malades. Le rôle principal dans la propagation des maladies vénériennes revient donc aux prostituées clandestines.

### *Roumanie.*

**Petrini-Galatz** (Bucarest) n'a pu réunir de documents concernant la prostitution en Roumanie pour les années précédant 1892: pendant cette dernière période, le nombre des vénériens a augmenté d'une façon constante, du moins le nombre des syphilitiques traités dans les hôpitaux, car le nombre des prostituées reconnues malades dans les visites sanitaires

a été moins considérable en 1893 et en 1894 qu'en 1892. Les chiffres les plus élevés appartiennent au chancre simple pour les prostituées et les moins élevés à la blennorrhagie. Le nombre des prostituées inscrites à Bucarest, en 1898, était de 508 dont 308 dans 48 maisons de tolérance et 200 libres.

Le règlement sanitaire de la Roumanie est appliqué d'une façon très défectueuse par la police, et un grand nombre de femmes se livrent à la prostitution clandestine; de plus, les médecins chargés de la visite des femmes sont les médecins au service des communes, qui sont surchargés de besogne et n'ont pas toujours la compétence nécessaire; en outre les visites se font au domicile des femmes et dans les plus mauvaises conditions.

### **Serbie.**

**Militchevitch** (Belgrade) rappelle que, en Serbie, la prostitution n'est pas libre: l'inscription, entraînant deux visites sanitaires par semaine, est prononcée contre toute femme se livrant à la prostitution; il existe des maisons de tolérance et les prostituées sont traitées à l'hôpital lorsqu'elles sont atteintes de maladies vénériennes. Les prostituées viennent presque toutes d'Autriche-Hongrie.

La seule statistique que l'on possède en Serbie a trait à la syphilis. Cette maladie existe dans toute la Serbie, à l'exception de l'arrondissement de Dobritza. Dans les arrondissements de Soko-Banja et de Sorljig, la densité de la syphilis atteint 118,2 et 78,2 pour 1,000 habitants, elle est endémique dans les contrées orientales de la Serbie, au voisinage de la frontière bulgare et dans ces régions, elle a diminué la natalité, mais elle n'a pas augmenté la mortalité; dans ces mêmes régions, il y a plus de mort-nés. La prostitution réglementée donne un contingent minime aux causes d'infection, tandis que la prostitution clandestine lui donne un très fort contingent. La propagation extra-génitale donne au moins la moitié des cas de syphilis, en raison des nécessités de la vie en commun.

### **Suisse.**

**Schmid** (Berne) constate que la prostitution est interdite dans 12 cantons, le maquerillage dans tous les cantons; mais à Genève, à Berne, à Zurich, à Soleure, il y a des maisons de tolérance.

L'inscription n'existe nulle part. Berne, Thoun et Genève possèdent seules des règlements; celui de Genève punit la provocation publique et prescrit des visites médicales bi-hebdomadaires et l'habitation dans une maison de tolérance. Le nombre des filles malades y diminue, tandis que dans les villes où la réglementation n'existe pas et où on ne visite que les filles arrêtées, les maladies vénériennes se propagent de plus en plus.

Le traitement hospitalier est en général obligatoire.

La prostitution clandestine semble assez répandue.

Il n'y a pas de statistiques des maladies vénériennes, celles-ci semblent provenir surtout de la prostitution clandestine.

Il existe plusieurs hôpitaux et services spéciaux.

Les caisses de secours refusent toute aide aux vénériens.

### *Turquie.*

**von Düring** (Constantinople) ne peut donner aucune statistique des maladies vénériennes, mais il a commencé à en dresser une approximative pour une partie de l'Asie Mineure.

La syphilis sévit dans presque toute l'Asie Mineure comme maladie endémique, augmentant chaque année. Dans certains villages de la côte, presque tous les habitants sont contaminés : au moins 10 pour 100 de la population de la côte et 5 pour 100 de la population des parties les plus centrales présentent des symptômes de syphilis, surtout des formes tardives tertiaires et de la syphilis héréditaire. Les causes de la fréquence de la syphilis sont le mariage très précoce (15 à 18 ans pour les hommes et 12 à 14 ans pour les filles) alors que les hommes ne font leur service militaire qu'à 20 ans et pendant trois à cinq ans durant lesquels ils contractent souvent la syphilis ; à ce que, d'autre part, les femmes se livrent souvent à la prostitution quoi qu'on ait dit et malgré la facilité avec laquelle se font les mariages et malgré la possibilité d'avoir plusieurs femmes.

En outre, la réglementation de la prostitution n'existe que sur le papier et les femmes reconnues malades et envoyées à l'hôpital n'y sont soumises à aucun traitement.

Les bains turcs où la pédérastie est très fréquemment pratiquée, ainsi que les cafés où les verres, les tasses et les narghilés sont peu ou pas lavés, contribuent encore à la transmission de la syphilis. Elle est souvent aussi transmise par les rasoirs malpropres qui servent à raser les régions génitales et axillaires.

L'hospitalisation des vénériennes libres et des vénériens ne se fait pas en Turquie.

### *Égypte.*

**Sandwith** (Le Caire) établit que le règlement sur la prostitution peut être appliqué aux indigènes et à quelques Européennes. Le nombre des prostituées au Caire est de 404, il y a 101 maisons de tolérance renfermant 404 pensionnaires.

Le règlement sur les maisons de tolérance prescrit une visite des femmes chaque semaine et l'envoi à l'hôpital, où elles sont gardées jusqu'à guérison complète, des femmes reconnues malades. Les mêmes mesures sont appliquées aux prostituées libres.

### *Chine.*

**E. Blanc** (Shang-haï) montre qu'il faut, en Chine, distinguer la masse du pays et les ports à traité, tels que Canton, Foochow, Shang-haï, etc.

Dans l'Empire chinois proprement dit, la polygamie s'oppose, comme dans les pays musulmans, à l'établissement d'une prostitution libre à l'usage des indigènes : il n'y a donc pas, à proprement parler, de maisons de tolérance, ni une quantité appréciable de prostituées libres dans les villes de l'intérieur. Et le problème de la prostitution ne se pose pas pour les autorités.

Parmi les ports de mer, il n'y en a que deux où les autorités s'occupent officiellement de la surveillance de la prostitution, c'est Hong-Kong,

où la réglementation subit les mêmes fluctuations que dans la métropole britannique, et Shang-haï. Dans cette dernière ville, les autorités font surveiller médicalement les prostituées indigènes, sauf celles vivant dans les maisons de prostitution où ne pénètrent jamais les Européens. Il y a environ 200 femmes inscrites qui sont visitées chaque semaine; celles qui sont reconnues malades sont gardées à l'hôpital jusqu'à guérison complète. Les femmes inscrites reçoivent des cartes qui leur sont retirées lorsqu'elles sont reconnues malades.

La syphilis, en Chine, est très atténuée, les manifestations générales n'ont pas de gravité et, au bout de six mois, tout paraît terminé.

(A suivre.)

G. T.

## 70. VERSAMMLUNG DEUTSCHER NATURFORSCHER UND ÄRZTE

*Dusseldorf. Septembre 1898.*

### SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

#### Traitement des maladies de la peau par les courants alternatifs de haute tension.

Strauss ne peut porter un jugement définitif sur cette méthode qui est relativement nouvelle; il ne lui a pas encore été possible d'acquérir l'expérience nécessaire. Les faits qu'il a observés sont loin de correspondre aux espérances qu'avait fait naître le travail d'Oudin sur les modes d'action du courant alternatif et des courants de haute tension dans les maladies de la peau et des muqueuses. S... explique la théorie des courants alternatifs de haute tension et jette un coup d'œil sur les résultats physiologiques que d'Arsonval, Charrin, Bononi, Viola, Physalix ont obtenus, résultats qui paraissent justifier l'hypothèse que le courant alternatif de haute tension influencerait d'une part les nerfs trophiques et vaso-moteurs, de l'autre les agents infectieux et leurs toxines; le courant serait donc indiqué dans les dermatoses qui proviennent de troubles de la nutrition, c'est-à-dire nerveux, ainsi que dans les maladies de la peau parasitaires, infectieuses et provoquées par des auto-intoxications. Et en réalité les résultats d'Oudin correspondaient à ces hypothèses.

Strauss a obtenu des améliorations notables, même des guérisons dans le psoriasis, l'eczéma aigu et chronique, le lichen aigu avec alopecie totale, l'impétigo, l'herpès zoster, la furonculose, l'acné, l'acné rosacée, le molluscum contagieux, même dans le lupus et la tuberculose de la peau. Les résultats favorables étaient souvent d'une rapidité déconcertante. Il a tout d'abord fait des expériences sur lui-même. L'action locale était en général plus ou moins forte, parfois provoquant de l'érythème ou des plaques ortiées, avec légère sensation de brûlure, persistant souvent plusieurs heures.

Dans les inflammations aiguës de la peau, l'effet des étincelles était le même, dans les inflammations il était moins caractérisé. Les cas traités par cette méthode sont les maladies suivantes: eczéma, psoriasis, érythrasma, pityriasis versicolore, acné, hyperidrose, ulcère de jambe, lupus.

Dans les eczémas, aigus le prurit cédait en général après la première

séance. La réaction provoquée par les étincelles consistait en un érythème avec sensation de brûlure qui persistait encore après la séance.

Il n'a pas remarqué d'influence favorable sur la formation des vésicules et sur l'humidité. Dans tous ces cas on était obligé de recourir à un autre traitement. Dans les eczémas chroniques, la réaction était moins forte : pas d'amélioration. Il en était de même dans le psoriasis, l'acné, le lupus, l'érythrasma, le pityriasis versicolore, même avec des séances quotidiennes de 10 minutes de durée. Dans l'hyperidrose, il se produisit chaque fois une augmentation de la sécrétion sudorale. Dans l'ulcère de jambe, pas de tendance à la cicatrisation. Dans le sycosis vulgaire, l'auteur a vu chaque fois une aggravation.

S. est convaincu que les courants alternatifs de haute tension n'ont pas la même valeur que les autres méthodes qui ont fait leurs preuves.

#### **Présentation d'un xanthome tubéreux multiple diabétique.**

FABRY présente un malade ayant dans sa famille des antécédents de diabète (père, frère et un neveu) et qui a remarqué il y a deux ans une éruption de papules occupant d'abord la face d'extension des bras et en plus grand nombre la région fessière. L'examen des urines montra une assez forte proportion d'albumine mais pas de sucre ; en février 1898, on trouva au contraire 0,5 pour 100 de sucre.

Actuellement, exanthème papuleux sur les faces d'extension et de flexion des membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'au-dessus de la région fessière ; papules disséminées sur le cou et la poitrine. Les paupières sont indemnes ; par contre il existe plusieurs petites tumeurs sur la muqueuse buccale et le pharynx. La dimension des tumeurs varie de celle d'un grain de mil à celle d'un pois. En quelques points, notamment sur les bras, on trouve des tumeurs entourées d'une zone rouge étroite. Les tumeurs isolées sont dures et ont une forme demi sphérique, toutes présentent une coloration jaune paille légèrement rougeâtre.

Au microscope, on constate la prolifération des cellules de tissu conjonctif avec infiltration graisseuse au centre de la tumeur ; épiderme intact, pas de cellules géantes, mais cellules de xanthome, c'est-à-dire cellules volumineuses avec plusieurs noyaux vésiculiformes et contenu grumeleux. Le régime a réduit la proportion du sucre à 2 p. 100 ; l'état général est meilleur, l'exanthème disparaît de plus en plus ; à la fin de juillet, il n'existait plus sur les bras que 4 ou 5 tumeurs xanthomatiques ; sur le tronc il n'y a plus de nodosités.

Schütz a vu souvent le xanthome diabétique survenir avec une proportion relativement faible de sucre (3 p. 100) ou avec une glycosurie intermittente.

WOLTERS a au contraire observé deux cas de xanthome diabétique dans lesquels il y avait 7 et 8 p. 100 de sucre. Le xanthome disparut en peu de temps avec un régime approprié.

#### **Du sycosis et de son traitement avec remarques spéciales sur la cataphorèse.**

MEISSNER, en ce qui concerne le sycosis trichophytique, n'est pas partisan de l'épilation ; il la regarde non seulement comme inutile, mais



dans certains cas même comme nuisible. Il emploie depuis longtemps un nouveau dépilatoire qui ne provoque pas d'irritation, mais dont il n'indique pas la composition exacte. Dans la folliculite de la barbe, les infiltrations sont notoirement très rebelles et dans ces cas le traitement avec la cataphorèse donne des résultats exceptionnellement favorables. L'auteur emploie une solution de sublimé à 2 p. 100. Les séances, d'environ 50 minutes de durée, ont lieu tous les deux jours, avec des courants ne dépassant pas 4 milliampères. La durée du traitement a varié de 4 à 21 séances. On n'a jamais observé de symptômes d'intoxication.

MERK dit qu'à la clinique de Jarisch on traite le sycosis parasitaire avec grand succès par des applications prolongées d'acétate d'alumine ; seulement il est nécessaire d'appliquer sur la partie, qui est imbibée d'acétate d'alumine, de petits cataplasmes de farine de lin chauds, qu'on renouvelle toutes les 3 heures. Les deux pansements sont recouverts d'une étoffe imperméable.

#### **De la leucoplasie buccale dans le psoriasis et autres dermatoses.**

SCHUTZ a observé trois cas où une leucoplasie buccale coïncidait avec du psoriasis cutané (garçon de 10 ans et deux jeunes filles, de 27 et de 22 ans). Cette coïncidence ne peut pas s'expliquer comme un simple accident, il l'a rencontrée également dans deux autres dermatoses (tylome de la paume des mains et eczémas squameux chroniques de la région des coudes) et avec des alternances entre les deux affections. Il conclut de ces faits qu'il existe un rapport direct entre les hyperkératoses cutanées et la leucoplasie, et que celle-ci n'est pas une maladie idiopathique locale dans le sens strict du mot.

#### **Des rayons Röntgen comme méthode curative et leur emploi dans le traitement du lupus et de l'eczéma.**

ALBERS-SCHÖNBERG a vu des résultats très favorables de l'emploi des rayons Röntgen dans le lupus, dans deux cas d'eczéma chronique des jambes, et chez un jeune garçon atteint d'eczéma impétigineux très rebelle qui fut guéri en peu de jours ; dans trois autres cas on obtint la guérison en peu de temps.

#### **Cure de frictions.**

SCHUSTER ne croit pas que le mercure employé en frictions pénètre par les voies respiratoires et que, comme Neisser l'a dit récemment, la cure de frictions ne soit qu'une cure de respiration. La peau est aussi un organe de respiration : elle exhale des gaz, mais elle en absorbe aussi. Le mercure se volatilise à toutes les températures, donc particulièrement quand on frictionne une surface chaude de la peau, il pénètre dans les follicules et s'échappe aussi bien vers l'extérieur que vers l'intérieur.

Des infirmiers qui, chaque jour, pendant 3 heures et plus, pratiquent les frictions avec la main nue et cela pendant des mois, n'ont que des traces de mercure dans l'urine, ce qui prouve qu'on en absorbe peu par la respiration ; la diffusion de la vapeur mercurielle empêche l'absorption. On ne saurait mettre en doute la possibilité de l'absorption du mercure par les voies respiratoires, mais la plus grande partie est absorbée par la

peau. Des bains chauds pris avant les frictions ne peuvent que favoriser l'absorption du mercure.

Il y a toutefois des cas où, malgré une cure régulière de frictions, il y a peu ou pas de mercure absorbé ; les injections constituent alors un bon succédané.

LÖWENHARDT est très hésitant, de nouvelles recherches sont nécessaires. L'expérimentation seule et non le raisonnement doit trancher la question.

Les opinions de Neisser sur l'absorption du mercure par la respiration sont basées : 1° sur l'expérience des anciens médecins, à savoir que le traitement par les frictions pendant le séjour à la chambre donne les meilleurs résultats ; 2° sur les recherches sur les conditions de la résorption du mercure par la peau et l'absorption des vapeurs mercurielles par les poumons.

#### **Pathologie et traitement du rhumatisme blennorrhagique.**

LÖWENHARDT discute d'abord les causes du rhumatisme blennorrhagique ; doit-on le regarder comme une maladie spéciale ou s'agit-il d'une coïncidence accidentelle de conditions étiologiquement indépendantes, qui peut-être ne se présente qu'en tant que la blennorrhagie rend l'organisme moins résistant à d'autres maladies infectieuses, et le gonocoque n'est-il qu'un élément accidentel qui se serait glissé dans les articulations ?

Le gonocoque est en tout cas un microbe pathogène ; il agit en provoquant spécifiquement de l'inflammation ; avec des cultures de gonocoques tués on peut déterminer de l'inflammation purulente des articulations.

La spécificité du rhumatisme articulaire blennorrhagique ressort aussi des observations cliniques suivantes : 1° récidives très fréquentes en connexion avec de nouvelles blennorrhagies ; 2° dans un rhumatisme articulaire typique guéri, si le malade contracte une nouvelle blennorrhagie, il ne se produit pas de récidive ; 3° après un rhumatisme articulaire blennorrhagique guéri, et une blennorrhagie guérie, des causes nocives particulièrement graves ne déterminent pas de récidive du rhumatisme articulaire blennorrhagique ; 4° même un traumatisme grave n'a pas d'influence pour la localisation d'un rhumatisme blennorrhagique survenant quelques jours plus tard.

Comme traitement interne, on peut recommander les mêmes remèdes que pour le rhumatisme articulaire véritable. L'iodure de potassium et l'huile de gaultheria ont aussi parfois une action favorable. L... recommande un mélange de salol et d'huile de santal (ââ de 0,3 à 0,6) en capsules, trois fois chaque jour.

Récemment on a de nouveau conseillé le traitement mercuriel de cette maladie, l'emplâtre gris, l'iodure de mercure. Jusqu'à présent, on ne possède pas de spécifiques et on est obligé de s'en tenir au traitement symptomatique. La chaleur est un agent thérapeutique très important ; l'air chaud a une action éminemment calmante pendant et après. Avec son appareil, l'auteur peut appliquer une température extrêmement élevée sans incommoder les malades ou sans être obligé de faire exécuter aux malades des changements de position qui sont souvent douloureux.

SCHUSTER demande si l'application de la chaleur sur une articulation n'influence pas les autres articulations malades. Il a traité, par les bains d'Aix-la-Chapelle, beaucoup de cas de rhumatismes blennorrhagiques dans lesquels les nombreuses articulations étaient atteintes; en partant de ce principe que le gonocoque ne supporte pas des températures de 39° C., il a employé avec succès des bains chauds jusqu'à 39° et 40° à 42° C. On sait, en effet, que la température du sang s'élève avec celle du bain et même la dépasse, si le bain chaud est continué longtemps.

LÖWENHARDT dit qu'en effet le traitement d'une articulation agit favorablement sur les autres.

**Siège primitif des lésions du lupus du visage, de la lèpre, de l'acné et d'autres maladies des capillaires lymphatiques.**

G. STICKER insiste sur le siège primitif dans la muqueuse nasale de certaines affections cutanées qui atteignent le visage: il en est ainsi très souvent pour l'érysipèle.

Dans l'acné il y a sur la muqueuse nasale des lésions analogues indiquant une pathogénèse semblable: c'est en général une ulcération superficielle de la cloison cartilagineuse contenant les coques et les diplocoques qui se trouvaient aussi dans les nodosités acnéiques de la peau.

Dans le lupus vulgaire il y a constamment des lésions de la muqueuse nasale sous forme d'ulcérations ou de végétations sur la cloison, etc.

Dans le lupus érythémateux, S... a vu deux fois la perforation de la cloison cartilagineuse qui avait rongé profondément les cornets inférieurs.

Le raclage permit de constater la présence de quelques bacilles tuberculeux. Le point de départ sur la muqueuse nasale ainsi que la nature tuberculeuse de la maladie furent ainsi démontrés.

SCHÜTZ conteste l'opinion d'après laquelle l'acné n'aurait pas d'autre cause qu'une invasion microbienne. Pour l'origine de l'acné les dermatologistes admettent des hyperkératoses, une influence toxique par des substances chimiques et des toxines, enfin des réflexes nerveux, etc.; par contre, c'est de l'invasion microbienne que dépend la forme de l'acné. En outre S. nie que pour l'acné juvénile le nez et la peau sous-jacente soient le siège primaire. L'acné simplex commence sur le front.

WOLTERS ne peut conclure de ses recherches que le lupus vulgaire de la face ait toujours son siège primaire dans le nez; dans des cas nombreux, la muqueuse du nez est intacte. Il en est de même de la lèpre dans laquelle la muqueuse du nez est peut-être tout à fait indemne. On ne trouve pas non plus dans le lupus érythémateux d'affection primaire dans les fosses nasales.

Quant à l'acné, il est de l'avis de Schütz, quoique avec certaines modifications sur lesquelles il n'insiste pas.

LÖWENHARDT rappelle des cas de lèpre dans lesquels le nez était intact, et on pouvait admettre comme vraisemblables d'autres points d'infection.

Pour le lupus on connaît des foyers tout à fait certains d'infection, c'est-à-dire d'inoculation sur toutes les régions possibles du corps.

Le tableau que l'orateur a fait de l'acné ne correspond pas à celui que les dermatologistes sont habitués à regarder comme type.

A. DOYON.

## WIENER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT

*Séance du 19 octobre 1898.***Lichen ruber plan coïncidant avec un lichen ruber généralisé.**

NEUMANN présente un malade de 39 ans, atteint depuis 6 mois de lichen ruber plan et de lichen ruber acuminé.

Il y a 15 ans, il a déjà été traité pour la même affection, qui s'étendait alors à la muqueuse linguale et buccale. L'éruption est très confluentes sur le tronc, les membres et le visage. Traitement : injections avec la solution arsenicale de Fowler.

**Lichen ruber acuminé.**

NEUMANN présente un malade de 47 ans, atteint de lichen ruber acuminé, principalement sur les faces d'extension des avant-bras, des doigts et du dos du pied. Chez ce malade, traité il y a plus de 20 ans par Hebra, de la même affection, l'éruption actuelle remonte à 4 mois. Injections avec la solution de Fowler.

**Traitement du lupus érythémateux par des applications d'alcool.**

V. HEBRA a employé avec un succès remarquable un nouveau mode de traitement dans 6 cas de lupus érythémateux (5 ont été complètement guéris). Ce traitement consiste à toucher aussi souvent que possible (40 à 50 fois) les parties malades avec de l'ouate imbibée d'alcool additionné ou non de menthe poivrée ou de chloroforme.

KOHN a complètement guéri par ce procédé une fille de 23 ans, atteinte depuis un an de lupus érythémateux.

KAPOSI reconnaît la valeur de cette nouvelle médication. Il appelle de nouveau l'attention sur l'ancienne méthode de Hebra avec l'esprit de savon alcalin. On employait cet alcool en frictions et il agissait en partie par irritation mécanique.

V. HEBRA pense que, dans son traitement, l'action mécanique ne joue aucun rôle ; il s'agit du simple contact de l'alcool sur la peau.

KOHN dit qu'il faut, pendant ce traitement, s'abstenir absolument de lavages au savon.

**Lèpre tubéreuse.**

KAPOSI présente un malade âgé de 53 ans, originaire d'Australie, atteint de lèpre tubéreuse depuis 5 ans. On a constaté, dans les nodosités, la présence des bacilles.

**Xéoderma pigmentosum.**

KAPOSI présente une fille de 27 ans, atteinte depuis 13 ans de xéoderma pigmentosum. Actuellement, large ulcération ayant gagné jusqu'au muscle temporal et aux os avec perforation du conduit auditif externe ; nombreuses papules lenticulaires sur le visage, en partie ulcérées, pigmentations, atrophies, petits angiomes, pigmentations des bras et des avant-bras, amaigrissement.

*Séance du 16 novembre 1898.*

### **Tuberculose de la peau.**

LANG présente un homme de 42 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, qui avait sur la fesse toute une série de papules; quelques-unes aplaties, d'autres acuminées et disposées en groupes. Sur ces papules, il s'est développé des ulcères tuberculeux de la peau. L'infection a eu lieu vraisemblablement par les doigts.

### **Lupus.**

LANG présente deux cas de lupus des membres supérieurs; le premier chez une jeune fille de 18 ans; la maladie a débuté à l'âge de 3 ans; le second chez une jeune fille de 15 ans, début de la maladie il y a 8 ans. Guérison par excision et application de lambeaux pédiculés.

### **Syphilis et lupus.**

DEUTSCH présente une prostituée de 18 ans, atteinte de syphilis avec papule initiale et sclérose érodée sur la petite lèvre droite, chez laquelle il existe sur la rotule du côté droit un foyer lupique, dont les dimensions dépassent celles d'une pièce de 5 francs en argent, à bords irréguliers, consistant en nodosités en desquamation, aplaties, rouge-brun; guérison spontanée sous forme de nombreuses petites cicatrices.

### **Syphilide sycosiforme du visage.**

NEUMANN présente un homme de 25 ans, d'aspect robuste, ayant de vastes ulcérations croûteuses sur toute la surface du corps. Syphilis il y a 18 mois. Une première fois ce malade a fait 35 frictions, ensuite 30 frictions et de l'iodure de potassium; les ulcérations du visage ont l'aspect d'un eczéma sycosiforme; sur les sourcils et la joue nodosités, rouge-brun foncé, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois, qui, au niveau de l'arc sourcilier, se confondent en un infiltrat diffus. Vers la racine du nez, cicatrices pigmentées, déprimées. Sur l'angle maxillaire droit, sur la tempe gauche, ainsi qu'à la face interne du pavillon de l'oreille, infiltrats brun-rouge, à marche progressive.

### **Syphilis avec érythème multiforme.**

NEUMANN présente une femme de 35 ans, atteinte de chancres de la face interne des petites lèvres datant de 45 jours et présentant un érythème nouveau du côté de l'extension des membres supérieurs et inférieurs et sur la face. La paume des mains et la plante des pieds sont complètement indemnes. Sur la joue, du côté droit, et disséminées sur le front, taches livides, en général de la dimension d'une lentille.

### **Ulcère gangréneux de la vulve.**

MATZENAUER présente une femme de 23 ans, atteinte, d'ulcère gangréneux de la dimension de la paume de la main, du sillon génito-crural, de la face externe de la grande lèvre du côté gauche avec œdème considérable de la grande et de la petite lèvre. Pas d'affection vénérienne. Les orifices des glandes de Bartholin ne sont pas rouges. Pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Début de la maladie il y a 8 jours, avec fièvre et frissons

**Lichen ruber acuminé.**

KAPOSI présente une repasseuse de 17 ans, atteinte depuis trois mois d'un lichen ruber acuminé.

Sur la paume des mains et les faces de flexion des doigts, l'épiderme est épaissi, jaunâtre, sillonné en quelques points de fissures profondes; ces épaississements et épidermiques diffus, confluent sont limités sur l'articulation radio-carpienne et les parties latérales des doigts par un liséré rouge. Les articulations interphalangiennes sont le siège de foyers durs, irrégulièrement circonscrits, en desquamation. Mêmes lésions sur la plante des pieds, le bord interne seul est indemne.

Sur les genoux, foyers rougeâtres, de la dimension d'une pièce d'un franc, durs, caractérisés par des replis saillants, constitués par des papules brillantes de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille, dont quelques-unes avec cônes cornés. Peau ansérine des membres inférieurs, La commissure des lèvres, le menton et les parties latérales des joues sont le siège de plaques isolées et confluentes de papules de lichen en desquamation ou isolées. Ongles épaissis et friables.

**Rhinosclérome.**

KAPOSI présente une femme de 24 ans, atteinte depuis 8 ans de rhinosclérome. Les deux fosses nasales sont oblitérées par une masse gris rougeâtre. Adhérence complète de la paroi postérieure du pharynx avec la face postérieure du voile du palais, adhérence de la langue avec les arcs palatins. Bacilles typiques du rhinosclérome.

**Érythème exsudatif multiforme.**

KAPOSI présente un homme de 30 ans, ayant depuis 4 jours sur la paume des mains, la plante des pieds, le dos des mains et des pieds, des papules dures, de la diminution d'une lentille, bleuâtres au centre, rouge vif à la périphérie, pâlisant à la pression. Sur la muqueuse buccale plusieurs foyers plus petits.

**Pemphigus vulgaire.**

KAPOSI présente un garçon de 14 ans, chez lequel il existe, dans tous les plis articulaires des plaques érythémateuses irrégulières, plus ou moins grandes, quelques-unes avec bulles atteignant jusqu'à la grosseur d'une noix ou des surfaces humides consécutives à la rupture des bulles. Sur le côté gauche du thorax, nombreuses taches érythémateuses. Lésions semblables sur les fesses, le dos et la paume des mains.

**Lupus érythémateux.**

KAPOSI montre un malade qui a été présenté dans la séance précédente et traité, sur la demande de Hebra, par le badigeonnage avec l'alcool. Pas de différence appréciable.

NEUMANN rapporte deux cas de lupus érythémateux dans lesquels l'alcool a donné de bons résultats. Il s'est formé des croûtes épaisses très adhérentes, sous lesquelles la peau était assez lisse.

HEBRA a aussi observé ces croûtes séborrhéiques; il recommande de ne pas les détacher: elles tombent spontanément. Chez un de ses malades, amélioré par le traitement, l'usage du fard a de nouveau aggravé son état.



**Lupus vulgaire.**

KREIBICH présente un enfant de 11 ans, atteint de lupus vulgaire opéré dans l'automne de 1898 (excision et greffe); actuellement il existe sur les bords supérieur et inférieur du lambeau, bien cicatrisé, deux foyers lupiques de la dimension d'une pièce d'un franc.

*Séance du 11 janvier 1899.*

**Alopécie en aires.**

EHRMANN présente un cas d'alopécie en aires chez un sujet syphilitique avec repousse de cheveux blancs. La maladie des cheveux a commencé avant la syphilis. Comme diagnostic, il faut noter qu'une alopécie syphilitique de même durée ne serait certainement pas restée limitée à d'aussi petits foyers.

**Pemphigus foliacé.**

KAPOSI présente un garçon de 17 ans, atteint de pemphigus foliacé, qui avait les caractères d'un eczéma aigu, généralisé. Au moment de son entrée à la clinique, il y a 3 mois, la peau était recouverte de croûtes, l'extension des membres déterminait des crevasses profondes et très douloureuses. Il survint un eczéma humide; de temps à autre, il y avait de la fièvre. Plus tard, éruption bulleuse aiguë, même dans les points déjà épidermisés. Actuellement l'affection a pris un caractère serpigneux.

**Lupus.**

v. HEBRA présente une jeune fille à laquelle il a excisé, il y a 3 ans, un foyer lupique de la dimension d'une pièce de 2 francs, situé au voisinage de la commissure palpébrale. Pas de récidence.

**Sclérodermie.**

v. HEBRA présente trois cas de sclérodermie qu'il a traités avec des injections de thiosinamine; chez deux de ces malades, il a été fait 24 injections. La peau, qui était tendue et brillante, est devenue molle, presque normale; consécutivement elle est un peu ratatinée, elle paraît trop large. Chez la troisième malade, où le processus était plus grave et plus étendu, l'état s'est amélioré après la 4<sup>e</sup> injection.

Hebra injectait tous les deux jours dans la région interscapulaire jusqu'à une demi-seringue Pravaz d'une solution alcoolique à 15 p. 100. L'injection doit être sous-cutanée, autrement elle pourrait provoquer une nécrose circonscrite du chorion. Ces injections déterminent sur les parties malades de la rougeur et de la tuméfaction qui disparaissent après 1 à 2 semaines. La thiosinamine en injection a également une influence favorable sur le tissu cicatriciel.

**Lupus papillaire.**

LANG présente un homme de 31 ans, atteint d'un lupus papillaire étendu du dos du pied et de l'articulation tibio-tarsienne; excision et greffe épidermique d'après la méthode de Thiersch.

**Onyxis syphilitique.**

NEUMANN présente un malade atteint d'onyxis syphilitique des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> orteils du pied gauche, chez lequel, consécutivement à une infiltration considérable du lit de l'ongle et aux troubles de nutrition qui en résultèrent, il survint, à la place de l'ongle, un large ulcère dont les bords étaient constitués par le repli unguéal renversé en forme de bourrelet. Il existe en même temps une éléphantiasis de la jambe du même côté.

**Lupus érythémateux.**

KAPOSI présente un malade atteint de lupus érythémateux du visage avec tuméfaction et rougeur intense, qui donne l'impression d'un épaississement éléphantiasique consécutif à un érysipèle récidivant (érysipèle persistant de la face).

L'œdème est identique à celui du début d'un lupus érythémateux à marche très rapide. Les nodosités, à la période de début du lupus érythémateux, sont caractérisés histologiquement par des infiltrations de cellules autour des glandes sudoripares et de leurs canaux excréteurs.

*Séance du 25 janvier 1899.*

**Pemphigus fébrile.**

KREIBICH présente un jeune homme atteint de pemphigus fébrile qui a débuté il y a 8 mois. Sur le côté d'extension et de flexion des membres supérieurs et inférieurs, érythèmes intenses, qui, en de nombreux points, se sont transformés en bulles. Pendant un séjour de 8 jours à l'hôpital il est survenu sur le dos et le thorax de nouveaux érythèmes, qui, chaque fois, quelques heures après étaient suivis d'une nouvelle éruption bulleuse. Ce malade a une fièvre continue, qui augmente à chaque apparition d'érythème.

**Lupus érythémateux traité par l'application d'alcool.**

HEBRA présente deux cas de lupus érythémateux traités par l'alcool ; dans les deux cas il y a eu régression évidente du processus.

R. STEINER remarque que chez l'un de ces malades des badigeonnages avec la solution de Fowler avaient amené la disparition de nombreuses efflorescences.

**Lupus érythémateux traité par la thiosinamine.**

KAPOSI présente un cas de lupus érythémateux qu'il a traité avec la thiosinamine. La maladie existe depuis 6 mois ; les paupières sont très œdématisées, toute la joue gauche est le siège d'une infiltration dure.

Après deux injections avec 0,5 et 0,3 d'une solution à 15 p. 100 de thiosinamine il est survenu une fièvre intense avec collapsus. Réaction locale très vive, tuméfaction et élévation de température très accusées, quelques points en suppuration. Après cette réaction, les régions malades du visage sont devenues beaucoup plus unies et plus pâles, notamment l'infiltrat de la joue.

v. HEBRA, dans deux cas traités par la thiosinamine, a observé une aggravation ; dans le lupus vulgaire, il n'a pas non plus constaté de gué-

raison. En général, il ne faut pas employer la thiosinamine dans les processus inflammatoires aigus. Elle est contre-indiquée quand il y a des affections oculaires.

#### **Érythème ortié.**

MATZENAUER présente un homme de 30 ans ayant des plaques, rondes et ovales, en général légèrement saillantes ou semblables à des pomphi, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'un franc ; ces plaques sont disséminées sur tout le corps. L'orateur les rapporte à une affection concomitante de l'estomac.

KAPOSI et NEUMANN pensent qu'il s'agit dans ce cas d'un exanthème antipyrinique. Ils ont vu survenir, après des suppositoires de quinine, une rougeur scarlatiniforme avec desquamation consécutive et, dans un autre cas, un œdème considérable avec coloration bleu-noir des membres.

#### **Tétanie chez un nourrisson syphilitique.**

HOCHSINGER mentionne un cas de tétanie typique chez un nourrisson, survenue pendant l'éruption de la syphilis congénitale ; la tétanie peut être provoquée par les substances toxiques les plus différentes ; très souvent elle apparaît avec le rachitisme. Il a observé, jusqu'à présent, deux cas de tétanie consécutive à la syphilis. Cette tétanie ne disparaît pas avec le bromure mais sous l'influence d'un traitement mercuriel.

A. DOYON.

### **NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY**

*Séance du 20 décembre 1898.*

#### **Verrues vulgaires.**

MORROW présente un homme chez lequel la plupart des ongles des doigts sont encadrés sur tout leur pourtour par des verrues vulgaires isolées ou confluentes formant un chapelet. Les lésions ont débuté depuis un an par une verrue unique sur le bord de l'ongle du médius droit.

ALLEN et BRONSON citent des cas analogues où la plupart des ongles étaient atteints de la même façon.

MORROW rapporte un certain nombre de cas de verrues guéries par l'usage interne du sulfate de magnésie ou du thuya.

ROBINSON a donné une fois la teinture de thuya occidentalis à la dose de 10 à 15 gouttes trois fois par jour. Les verrues n'ont pas guéri, mais la malade a été prise de néphrite parenchymateuse aiguë qui finalement entraîna la mort.

#### **Infection mixte tuberculeuse et syphilitique.**

MORROW. — Un mois après avoir examiné une femme syphilitique et quelques jours après avoir fait l'autopsie d'un tuberculeux, un jeune homme présente une ulcération du médius gauche.

Ultérieurement il se développe des accidents de syphilis, mais en même temps l'ulcération du doigt persiste, devient fongueuse, criblée de trous ; il survient de la toux et le malade maigrit.

L'état général s'améliore par un séjour à la campagne avec suppression du traitement syphilitique et administration d'huile de foie de morue, mais l'ulcération du doigt persiste et amène l'élimination de la dernière phalange.

#### **Leucokératose buccale.**

SHERWELL présente deux malades guéris d'une leucokératose étendue de la langue et de la bouche par le traitement suivant. Il bourre l'arrière-bouche et protège les parties latérales avec du coton hydrophile, puis applique sur les parties malades du nitrate acide de mercure en solution concentrée à 50 %, copieusement et à plusieurs reprises pendant 15 ou 20 minutes. Il lave ensuite la bouche avec une solution de carbonate de soude, enlève les tampons et lave encore. Il n'y a pas d'accidents d'intoxication et au bout de 2 ou 3 semaines la cicatrisation est complète. Dans un des cas présentés il a fallu faire une nouvelle application en quelques points limités.

#### **Urticaire pigmentaire.**

ROBINSON présente un homme de 23 ans chez qui l'éruption est apparue à l'âge de 16 ans et a une fois disparu complètement pendant un an. Les éléments éruptifs sont disséminés sur tout le corps, les plus récents ressemblent un peu comme forme et comme couleur à des syphilides papuleuses ; les plus anciens sont pigmentés ; quand on excite la surface, la peau devient rouge, l'éruption devient plus saillante, il apparaît un prurit très vif. Le prurit est accusé au moment du lever ou la nuit quand il fait chaud. On note de la constipation, une langue chargée ; l'urine est normale, sauf quelques cristaux d'oxalate d'ammoniaque.

#### **Pityriasis rosé chez un enfant.**

BRONSON présente un enfant de 2 ans 1/2 couvert d'une éruption typique de pityriasis rosé ; il n'y a pas d'autres cas dans la famille.

ALLEN a vu un cas chez un enfant de 4 ans.

JOHNSON a vu un enfant de 5 ans couvert d'une éruption de pityriasis rosé ; l'examen de la gorge, dont le malade se plaignait, a montré sur la paroi postérieure du pharynx, les piliers du voile du palais et la voûte palatine une éruption identique à celle de la peau avec la même desquamation.

W. D.

### **SOCIÉTÉ DE PÆDIATRIE DE PARIS**

*Séance du 9 mai 1899.*

#### **Urticaire pigmentée.**

JACQUET présente un garçon de 10 ans, atteint d'urticaire pigmentée ayant débuté peu après la naissance. En interrogeant la mère, on apprend que, dans les premiers mois de sa grossesse, elle a eu des gastralgies violentes qui ont été traitées par la morphine et la cocaïne, substances qui sont des poisons urticants au premier chef. On peut donc attribuer l'affection de l'enfant à une intoxication intra-utérine. G. T.

## REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE

SOUTENUES À LA FACULTÉ DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

### **Actinomycose.**

**Actinomycose des conduits lacrymaux**, par G. ROBERT (27 avril 1899).

L'actinomycose des conduits lacrymaux, dont on connaît 30 à 40 cas observés principalement en Allemagne et en Russie et dont R. rapporte une nouvelle observation, est caractérisée par la présence dans les conduits d'amas de grains actinomycosiques formant une tumeur de volume variable, mais ne donnant pas lieu à une réaction inflammatoire analogue à celle qui s'observe dans les autres localisations de l'actinomycose ; on constate seulement du larmolement, un peu de rougeur catarrhale de la conjonctivite, une légère éversion partielle de la paupière, et, le long du conduit lacrymal, une petite tumeur parfois douloureuse à la pression, élastique, généralement assez régulière ; par le point lacrymal on fait sortir à la pression une gouttelette de liquide visqueux d'apparence muco-purulente et très rarement quelques grains jaunes. Les caractères spéciaux de cette localisation de l'actinomycose semblent dus à l'action de l'air et aux propriétés chimiques de la sécrétion lacrymale, qui modifient la vitalité de l'actinomycose.

**Considérations sur trois cas d'actinomycose cervico-faciale à Paris**, par A. DHOMONT (20 juillet 1899).

D. rapporte trois cas d'actinomycose observés à Paris : l'un publié par Legueu (voir *Annales de dermatologie*, 1899, p. 242), les deux autres dus à Thiéry, et dont l'un seulement a été l'objet d'un examen microscopique positif. Il conclut de ces faits que l'actinomycose est plus fréquente à Paris qu'on ne le croit généralement, ce qui tient à ce que son diagnostic est souvent embarrassant et rendu difficile par le polymorphisme des lésions et par l'absence momentanée du champignon dans le pus des abcès actinomycosiques.

**Contribution à l'étude de l'actinomycose dans la région dijonnaise**, par C. CAMUS (10 mai 1899).

C. a recueilli à Dijon trois observations d'actinomycose humaine : l'un à forme cervico-faciale chez un garçon de 17 ans, une autre à forme cervico-faciale chez une fille de 19 ans habitant la campagne, la troisième à forme cutanée à la région massétérière, chez un homme de 30 ans. Une enquête faite à l'abattoir de Dijon lui a permis de relever sur les registres de cet abattoir, pour les trois années 1896-97-98, 57 cas d'actinomycose dont 2 dans la race porcine sur un total de 17,866 animaux abattus, soit une moyenne de 3,19 p. 1000. Cette moyenne est sensiblement la même que celle obtenue en se basant sur les chiffres relevés pendant de longues années à l'abattoir de Troyes.

### **Artificielles (Dermatoses).**

**Lésions professionnelles de la main chez les tonneliers**, par H. SAINTURET (2 mars 1899).

S. a recherché l'état des téguments de la main chez un grand nombre de tonneliers des entrepôts de Paris et a constaté des lésions caractéristiques. Ces lésions, indépendantes de l'état diathésique des sujets, et de toute idiosyncrasie, ont pour cause la manipulation de tonneaux et l'action de l'eau et de liquides irritants, principalement de l'eau chargée d'acide tartrique.

Elles s'observent chez les différents ouvriers maniant des tonneaux, rouleurs de fûts, garçons de chaix, charretiers, etc. Elles consistent en un épaissement de l'épiderme de la totalité de la face palmaire de la main, avec un maximum à l'éminence thénar, au bord cubital et au milieu des phalanges; cet épaissement de l'épiderme donne un aspect quadrillé spécial et s'accompagne quelquefois d'un certain degré d'usure qui donne aux parties un aspect rugueux, râpeux: les plis de flexion sont moins nombreux, mais beaucoup plus marqués que d'ordinaire et on peut y voir, principalement en hiver, des sillons et de véritables crevasses qui peuvent même s'étendre jusqu'au derme; les ongles ne présentent pas de déformations caractéristiques, mais sont usés, dépolis, arrondis, déchi-quetés à leur extrémité libre.

Les ouvriers tonneliers chargés de la réparation des futailles présentent à peu près les mêmes déformations, mais généralement moins accusées et offrent, en plus, des durillons dus à l'usage des instruments: à la main droite, un ou des durillons entre les plis de flexion extrêmes de la paume, à la main gauche des durillons semblables et des durillons sur le bord cubital des premières phalanges des troisième et quatrième doigts, à l'avant-bras gauche un épaissement épidermique sur le bord cubital.

**Des pansements simples dans quelques maladies communes de la peau (dermites artificielles, eczémateuses et suppuratives),** par CHICOROT (24 mai 1899).

Les pansements simples, c'est-à-dire les pansements purement aseptiques, comme l'eau bouillie, les poudres inertes ou composées avec des antiseptiques faibles, comme l'acide borique, le coaltar saponiné, la boricine, les poudres d'oxyde de zinc, de talc, les emplâtres, les pâtes, sont cliniquement supérieurs aux pansements antiseptiques forts, sublimé, acide phénique, biiodure de mercure, etc., dans le traitement des dermites artificielles. Cette supériorité du pansement simple, c'est-à-dire aseptique ou antiseptique faible, s'explique par la comparaison du mode d'action des deux pansements: le pansement antiseptique fort ne tue pas tous les microbes, tue les cellules de la peau, gêne les leucocytes phagocytaires, réalise mal le drainage de la plaie, parce qu'il coagule les albumines, tandis que le pansement simple, s'il n'agit pas sur les microbes, respecte, par contre, l'intégrité des cellules, n'entrave pas l'action des phagocytes et draine bien la surface suppurée.

### **Chéloïde.**

**Sur les chéloïdes et en particulier sur les chéloïdes consécutives à l'application sur la peau de teinture d'iode et de cataplasmes sinapisés,** par P. DAWIDOWITCH (22 juillet 1899).



D. rapporte une observation de chéloïde consécutive à une application de teinture d'iode sur la peau et une autre de chéloïde consécutive à l'application d'un cataplasme sinapisé, et conclut de ces faits et de quelques autres faits analogues publiés antérieurement, que les chéloïdes se produisent rarement après des applications de teinture d'iode; elles ne se développent qu'après des applications irrégulières, à la suite de véritables brûlures par le topique; ces lésions occupent les régions où l'on rencontre le plus souvent des chéloïdes, c'est-à-dire les régions présternale et intermamillaire. Au contraire, les chéloïdes dues à l'application de cataplasmes sinapisés tendent à disparaître avec le temps et leur gravité moindre tient sans doute à ce que cette application a été faite dans des régions autres que celles où l'on observe si souvent des chéloïdes.

**Contribution au traitement des chéloïdes**, par J. BÉCUE (5 juillet 1899).

B. passe en revue les différents traitements préconisés contre les chéloïdes, principalement l'ablation chirurgicale, les scarifications et l'électrolyse, puis il rapporte 6 observations inédites de chéloïdes traitées par l'électricité statique : ce mode de traitement, mis en pratique par Derville (de Lille), chez un sujet tuberculeux atteint de chéloïde présternale, pour produire une légère révulsion et calmer les douleurs en attendant qu'il soit possible de le scarifier, avait amené dans ce cas, au bout de 3 séances, la disparition d'une chéloïde mesurant 6 centimètres de long sur 2 de large. Dans les autres cas, les résultats furent également très remarquables quoique généralement moins rapides.

B. conclut des faits qu'il a observés, que le traitement des chéloïdes par l'électricité statique, employée sous forme d'étincelles, donne les meilleurs résultats, tant au point de vue de la sédation des douleurs qu'au point de la régression des tumeurs elles-mêmes; ce traitement a l'avantage de n'être pas douloureux et d'agir très rapidement; son application est des plus simples, il paraît devoir mettre à l'abri des récidives. Comme, en général, les chéloïdes de formation récente se sont plus rapidement modifiées que les chéloïdes anciennes, il sera préférable, dans les chéloïdes anciennes, de recourir d'abord à l'extirpation chirurgicale pour agir ensuite au moyen de l'électricité statique si la récidive se produit.

Les séances d'électrisation ont eu une durée de huit à dix minutes habituellement; mais, pour les petites chéloïdes, il est préférable de ne pas les prolonger plus de cinq à six minutes, afin d'éviter la formation de vésicules dues à une révulsion trop énergique. Les séances doivent être espacées de quinze jours environ, afin de se rendre compte des résultats du traitement et de ne pas le prolonger inutilement.

### **Dermatoneuroses.**

**Des ecchymoses spontanées dans la neurasthénie**, par J. HOURIX DE LA BROUSSE (27 octobre 1898).

H. rapporte l'observation d'une femme de 50 ans, atteinte de neurasthénie avec hyperchlorhydrie, chez laquelle survinrent à plusieurs reprises, précédées ou non de prurit local intense, des ecchymoses en nombre variable occupant différentes régions du corps et variant de la

largeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs, à contours irréguliers et déchiquetés. Il en rapproche 5 observations plus ou moins analogues publiées antérieurement par Lévi, Perrin de la Touche, Keller et Féré.

Après un exposé sommaire des cas de purpura observés dans les diverses affections du système nerveux, il résume les caractères des ecchymoses constatées dans la neurasthénie : manifestations rares de cette névrose, elles s'observent dans ses diverses formes cliniques, s'y montrent généralement à une période avancée de la maladie et s'y reproduisent pendant un temps très variable, tantôt à la suite des contusions les plus légères, tantôt après un simple contact avec un corps dur, d'autres fois après une contrariété légère, après des excès sexuels, des fatigues, etc. Elles ont des dimensions très variables, une forme généralement irrégulière, parfois cependant arrondie, peuvent s'accompagner ou non de troubles de la sensibilité. L'éruption est généralement d'autant plus active que la neurasthénie est plus grave. Elles n'ont cependant actuellement aucune valeur diagnostique ou pronostique.

H. pense que les hémorragies neurasthéniques, comme les hémorragies hystériques, sont produites par une paralysie vaso-motrice.

**Contribution à l'étude clinique de l'œdème bleu hystérique,** par L. DAVID (26 janvier 1899).

D. rapporte une nouvelle observation d'œdème hystérique de la main, chez une jeune fille de 17 ans et donne, à cette occasion, une description assez complète de cette manifestation, en faisant remarquer qu'il s'agit d'un phénomène complexe dans lequel l'œdème tient, il est vrai, le premier rang, mais dans lequel l'importance des troubles sensitifs et vasomoteurs est vraiment considérable, chacun de ces symptômes, pris isolément, revêtant un cachet d'originalité.

**Mal perforant plantaire par névrite traumatique et en particulier par gelures et brûlures,** par J.-A. GIFFARD (18 mai 1899).

G. rapporte un cas de mal perforant consécutif à une brûlure de tout le pied et de l'extrémité inférieure de la jambe par du plomb fondu et discute à ce propos, sans apporter de faits nouveaux, la pathogénie du mal perforant.

### ***Ecthyma.***

**Contribution à l'étude de l'ecthyma térébrant infantile,** par C. GRÉGORIEWNA-LASCORONSKY (18 janvier 1899).

G. rapporte les principales observations connues d'ecthyma térébrant infantile et résume ses caractères cliniques et pathologiques.

Cette affection, qui s'observe presque exclusivement chez les enfants en bas âge, au-dessous de deux ans, se caractérise par une éruption papulopustuleuse, qui s'ulcère très vite, d'abord en surface, mais surtout en profondeur, d'où sa dénomination de térébrant. Inoculable et auto-inoculable, de cause probablement microbienne, elle est d'origine externe, mais ni l'agent de contagion, ni le mode de pénétration et de culture dans l'organisme ne sont connus.

Parmi les causes prédisposantes, il faut noter les troubles gastriques,

les lésions des muqueuses qui entretiennent le développement de colonies microbiennes, et, d'une façon générale, toutes les causes capables d'affaiblir la résistance de l'organisme et de donner une augmentation de virulence aux agents pathogènes. Quoique l'état général, le terrain, joue un grand rôle dans l'évolution de la maladie, l'éruption peut se produire chez des enfants relativement bien portants, sans tare héréditaire.

En général, chez les enfants vigoureux, l'affection évolue à la manière des maladies aiguës ou par poussées successives, avec des phénomènes généraux. Elle peut se développer à la suite d'autres dermatoses, le plus souvent de l'impétigo, ou après des fièvres éruptives, mais elle peut aussi se montrer sans aucune altération antérieure des téguments.

On peut distinguer 3 formes cliniques : une forme discrète avec un petit nombre de pustules distinctes les unes des autres, une forme moyenne dans laquelle les lésions occupent le plus souvent la région sous ombilicale, les fesses et les cuisses et ne forment que quelques groupes peu considérables et le plus souvent isolés, et une forme intensive, foudroyante et phagédénique, dans laquelle les éléments, nombreux et volumineux, se confondent rapidement les uns avec les autres, pour former de vastes pertes de substance et des plaies virulentes, à tendance sans cesse extensive.

### **Eczéma.**

**Considérations sur la nature parasitaire de l'eczéma**, par J. BOSVIEUX (5 juillet 1899).

B. se borne à une discussion théorique de cette question sans apporter de nouvelles études bactériologiques.

Il pense que l'eczéma doit être considéré comme un syndrome clinique dont l'unité est constituée par l'identité des lésions anatomiques, quelle que soit sa cause efficiente. L'eczéma peut être considéré en certains cas comme d'origine parasitaire. Il y a, à l'appui de cette manière de voir, des preuves cliniques (configuration arrondie des lésions, évolution par poussées, développement à la suite d'autres maladies cutanées ayant servi de porte d'entrée, auto-inoculations dans certains cas) confirmées par la constatation d'un parasite, le morocoque de Unna et par des expériences de culture et d'inoculation. Il semble impossible de généraliser cette manière de concevoir l'eczéma et de l'étendre à la totalité des cas relevant d'intoxications ou d'actions nerveuses : il y a, en effet, des preuves anatomiques et cliniques, démontrant la nature nerveuse de certains eczémats, dont la théorie parasitaire ne donne pas l'explication.

**De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'eczéma suintant**, par F. JUGEAT (14 juin 1899).

J. a traité dans le service de Balzer, par les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent, un grand nombre de cas d'eczémats de formes très diverses ; il rapporte les observations de 38 de ces malades et conclut de l'étude de leurs observations que le nitrate d'argent est un agent puissant de traitement de l'eczéma suintant, qu'on l'emploie seul ou associé au crayon de zinc pour faciliter sa réduction : c'est un caustique superficiel agissant surtout comme antiseptique et comme astringent.

L'application se fait par badigeonnages, de préférence avec une solution au 10°, elle est rarement douloureuse, absolument sans danger.

D'une façon générale, le traitement par le nitrate d'argent est indiqué dans tous les eczémas humides, subaigus ou chroniques, principalement lorsqu'ils sont d'origine externe ; il est particulièrement efficace contre l'eczéma des mains.

Dans l'intervalle des cautérisations, il est indiqué de recouvrir les surfaces malades d'un pansement humide ou d'une pommade, pour protéger les lésions, éviter la production de croûtes, et prévenir la réapparition du prurit. Le prurit cède ordinairement à la première application, le suintement est rapidement supprimé. En outre, le nitrate d'argent semble favoriser la rénovation de l'épiderme, il devient inutile dès que l'épiderme est définitivement réformé.

Le nitrate d'argent est contre-indiqué ou tout au moins inférieur à d'autres médicaments, dans l'eczéma aigu, dans l'eczéma compliqué d'infection secondaire, dans l'eczéma squameux et dans l'eczéma pileaire ; de même, il est à rejeter chez les enfants.

Ses avantages se résument dans la facilité de son application, la rapidité et la certitude de la guérison ; il est incontestablement supérieur aux autres topiques employés dans le traitement externe de l'eczéma suintant.

**Traitement de l'eczéma par les scarifications linéaires**, par L. MOREL (21 juillet 1899).

M. rappelle sommairement les indications des scarifications dans le traitement des diverses dermatoses et rapporte un peu trop succinctement quatre nouvelles observations d'eczémas traités par Jacquet par les scarifications linéaires. Il conclut avec un optimisme quelque peu naïf qu'on doit traiter par les scarifications les eczémas assez limités, sans égard pour la variété, contre lesquels ont échoué les traitements les plus rationnels et les mieux conduits, et que, dans ces conditions, ce traitement est très avantageux : on n'a jamais, dit-il textuellement, noté d'insuccès et la guérison survenue rapidement s'est toujours maintenue.

### ***Éléphantiasis.***

**Des états éléphantiasiques congénitaux**, par M. SUBERT (5 juillet 1899).

Cette thèse est surtout un travail de critique, dans lequel l'auteur reproduit un certain nombre d'observations empruntées à différents auteurs en y ajoutant un cas personnel d'éléphantiasis à forme fibreuse. Il conclut de la critique de ces divers documents que l'éléphantiasis congénital n'est pas une entité morbide à symptômes cliniques et à lésions anatomiques invariables, mais que cette dénomination doit s'appliquer à tous les cas de fibrose hypertrophique congénitale de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent ayant envahi un territoire plus ou moins étendu des téguments, le plus souvent un membre. La clinique et l'anatomie pathologique permettent de reconnaître quatre variétés principales de cette dystrophie conjonctive : une forme fibreuse, une forme lymphangiectasique kystique, une forme télangiectasique et une forme névromateuse rentrant dans la

neuro-fibromatose de Recklinghausen; à ces quatre groupes, il convient d'ajouter celui des états éléphantiasiques coexistant avec un allongement du membre.

Les facteurs étiologiques les plus importants de cette affection sont l'hérédité directe et les malformations congénitales concomitantes. Quant à la pathogénie, elle est presque totalement inconnue; pour S. l'hypothèse, d'après laquelle ces divers états sont le résultat de brides et d'adhérences amniotiques, est plus plausible que celle qui fait intervenir des émotions ou des infections subies par la mère pendant la grossesse.

### **Gerçures.**

**Du traitement des gerçures et crevasses du sein par l'orthoforme,** par TEISSEIRE (11 novembre 1898).

T. rapporte les résultats obtenus dans le service de Maygrier par l'emploi de l'orthoforme comme moyen de traitement des crevasses et gerçures du sein et reproduit 29 observations de femmes traitées par ce moyen. Il conclut des faits qu'il a observés que l'orthoforme supprime la douleur due aux crevasses et aux gerçures pendant l'allaitement et rend inutile l'emploi du bout de sein; son action analgésique persiste, selon les cas, de douze à vingt-quatre heures; son action antiseptique est réelle et suffisante et il cicatrise les crevasses au bout de quatre jours de traitement en moyenne; son innocuité est absolue.

### **Ichtyose.**

**Contribution à l'étude de l'ichtyose fœtale,** par M. FIRMIN (20 juillet 1899).

F. reproduit dans sa thèse la plus grande partie des documents connus concernant l'ichthiose fœtale et y ajoute deux observations partiellement inédites de Thibierge. Il s'appuie sur ces documents pour donner une description symptomatique et pour discuter la nature et le pronostic de l'affection. Il signale surtout les cas d'ichtyose fœtale compatibles avec l'existence, constituant une forme atténuée dont la réalité avait été contestée jusqu'à ces derniers temps, et est aujourd'hui indubitable. Au point de vue de l'étiologie, il conclut que l'ichtyose fœtale peut être la conséquence de tares héréditaires de nature variable, la tuberculose et l'alcoolisme comme la syphilis.

Un index bibliographique très étendu de la question de l'ichtyose termine cette thèse dans laquelle il est regrettable que l'auteur ait fait parfois des confusions entre l'ichtyose fœtale et des cas d'ichtyose vulgaire à début précoce, confusions qui d'ailleurs ont été trop souvent commises par un grand nombre d'auteurs.

### **Impétigo.**

**Étude historique et critique de l'impétigo au point de vue bactériologique,** par A. BOULARAN (15 décembre 1898).

B. montre le désaccord qui existe entre les bactériologistes au sujet du parasite de l'impétigo, les uns le considérant comme un streptocoque et les autres comme un staphylocoque; il rapporte 29 nouvelles observations dans lesquelles Griffon a rencontré le streptocoque.

Il fait observer que les auteurs les plus récents attribuent cette affection au streptocoque, sauf le plus récent, qui est Sabouraud, pour qui le microbe de l'impétigo est le staphylocoque. Les recherches de Balzer et Grifon ont porté sur tous les cas d'impétigo qu'ils ont rencontrés, quelle qu'en fût la variété et ils ont trouvé, comme Leroux, Daum, Kurth, Brocher l'avaient trouvé dans l'impétigo de l'enfance, un streptocoque ayant souvent la forme d'un diplocoque à petits grains et parfois disposé en chaînettes courtes ou moyennes, mais ayant dans les cultures la forme de chaînettes très longues, flexueuses et entremêlées; l'inoculation de ce microcoque au lapin détermine des abcès, des érysipèles et même des septicémies mortelles; c'est également lui que l'on rencontre dans les diverses complications de l'impétigo.

B. pense que les dissentiments entre les différents observateurs provient de ce qu'ils n'ont pas étudié la même lésion et il fait remarquer que, pour Sabouraud, l'impétigo est l'« ensemble des lésions dues à l'inoculation intra-épidermique des staphylocoques », définition qui embrasse des lésions très diverses, excepté précisément celle que les autres observateurs ont étudiée. Au contraire, l'impétigo, pris dans le sens de sa définition classique, n'est pas une lésion épidermique vulgaire, mais une affection très particulière, distincte à la fois par ses caractères anatomiques et par son évolution clinique.

### *Infectieuses (Éruptions).*

**Les rash polymorphes dans la varicelle**, par G. DAVERÈDE (11 mars 1899).

D. rapporte quelques nouvelles observations de rash survenus au cours de la varicelle et les compare aux cas déjà connus. Il conclut de son étude que ces rash sont analogues à ceux qu'on observe au cours de différents états infectieux et notamment de la variole; ils revêtent, par ordre décroissant de fréquence, les types suivants: scarlatinoïde, purpurique, rubéoliforme et polymorphe; ils n'ont aucune valeur pronostique, attendu qu'on les observe dans les varicelles légères et qu'ils font défaut dans les varicelles graves.

### *Kraurosis vulvæ.*

**Contribution à l'étude du kraurosis vulvæ**, par E. ARNOUX (21 juillet 1899).

Cette thèse se base surtout sur l'observation de kraurosis vulvæ publiée par Pichevin et A. Pettit (voir *Annales de dermatologie*, 1898, p. 289). A. conclut de son étude que le kraurosis vulvæ, tel que l'a décrit Breisky, est bien une affection spéciale, ayant une symptomatologie à part et des lésions anatomiques constantes; mais, en raison de l'indécision de sa pathogénie et de l'obscurité de son étiologie, on ne peut encore fixer sa place nosologique véritable. L'épithélioma est une complication, tout au moins clinique, de kraurosis vulvæ, qui paraît fréquente; mais, en se plaçant au point de vue du processus histogénique, l'épithélioma paraît plutôt une conséquence des modifications kraurotiques portant sur l'épiderme, car il n'y a pas de limites bien tranchées entre les deux ordres de lésions et l'une semble se



transformer dans l'autre par un processus continu. Le pronostic du kraurosis vulvæ est impossible à fixer actuellement d'une façon précise ; cependant il est avéré que, en dehors de tout traitement, sa marche est constamment progressive, sans rémission ; aussi, en raison de la possibilité de la transformation épithéliomateuse, doit-on recourir à l'excision de toutes les parties atteintes, dégénérées ou non.

### **Lupus.**

**Essai sur le traitement du lupus par la nouvelle tuberculine (Tuberculine T. R.) de Koch,** par E. FAURE (3 mai 1899).

F. consacre sa thèse à l'exposé et à la discussion de 14 observations de lupiques traités dans le service de Balzer par la tuberculine T. R. de Koch. Son travail, très consciencieux, est la meilleure et d'ailleurs presque la seule étude publiée en France sur ce sujet.

Il résulte de cette étude que la nouvelle tuberculine n'est pas encore le médicament de la tuberculose. Ses effets immédiats consistent en une réaction locale modérée et sans conséquence fâcheuse et généralement en une réaction générale fébrile plus ou moins vive, mais d'autant plus précoce et plus intense que le malade est atteint de lésions pulmonaires plus manifestes ; cette réaction est toujours accompagnée des phénomènes généraux qui constituent le cortège habituel de la fièvre, phénomènes généraux qui se produisent d'ailleurs presque toujours, même en dehors de toute ascension thermique.

Maniée avec prudence et selon les principes généraux indiqués par Koch, cette tuberculine est inoffensive, elle ne détermine jamais d'accident grave : tout au plus peut-on signaler une albuminurie passagère qui semble survenir surtout chez les sujets jeunes, à réaction générale modérée. Elle n'exerce aucune influence ni sur l'état général ni sur le poids des malades.

Pour ce qui est de son action sur les lésions lupiques, la tuberculine T. R. ne paraît en exercer aucune sur le lupus érythémateux et sur les formes non ulcéreuses du lupus vulgaire. Sur les formes humides, ulcéreuses, végétantes ou hypertrophiques du lupus, elle exerce une action résolutive, dessiccante, cicatrisante très manifeste et très rapide, mais de courte durée ; elle ne prévient pas les récidives.

Son action locale paraît être identique à celle de l'ancienne tuberculine, mais elle doit être préférée à celle-ci, en raison des moindres dangers que présente son emploi. Associée aux scarifications et aux pansements au permanganate de potasse, elle peut donner d'excellents résultats en maintenant le statu quo, et en permettant au malade de bénéficier du traitement chirurgical.

Sur 14 malades traités, F. relève 2 guérisons apparentes, 3 améliorations considérables, 4 améliorations légères, 5 résultats négatifs, et encore, sur les malades guéris ou améliorés, il n'a pas vu se produire moins de 5 récidives.

Les principales contre-indications à son emploi sont : les réactions parfois intenses qu'elle provoque et la complication extrême de ses manipulations, sans compter son prix très élevé.

### **Maladie de Raynaud.**

**De la valeur de la néphrite au cours de la maladie de Raynaud,** par M. GIBERT (16 mars 1899).

A propos d'un cas de maladie de Raynaud qu'il a observé à la suite d'une néphrite aiguë, chez une petite fille de 4 ans, G. étudie les rapports qui unissent ces deux états pathologiques. Il montre qu'on retrouve les mêmes causes à leur origine (froid, aplasie artérielle, infections, intoxications), que les lésions anatomiques ont de très grandes analogies : l'altération irritative des petits vaisseaux et des systèmes glomérulo-tubulaires du rein est assez semblable à celle qui a été décrite dans la maladie de Raynaud au niveau des capillaires périphériques ; de même, la néphrite peut être suivie d'endopériartérite et évoluer vers la néphrite interstitielle, comme la maladie de Raynaud peut évoluer vers la sclérodermie après endopériartérite des capillaires périphériques.

Si on compare les symptômes, on remarque que le spasme, qui est le premier signe de la maladie de Raynaud, se retrouve presque constamment dans la néphrite. La néphrite et la maladie de Raynaud évoluent souvent simultanément et même plus souvent peut-être qu'on ne le croit, car les lésions rénales peuvent masquer les lésions périphériques et réciproquement.

Tous ces caractères portent à croire que la maladie de Raynaud est causée par une toxine vaso-constrictive qui peut porter son action soit sur les capillaires périphériques, soit sur les capillaires rénaux, soit sur les deux à la fois, toxine qui, irritant les artéioles et les capillaires, agit ainsi sur les ganglions sympathiques contenus dans leur paroi et provoque leur spasme. Si l'action du poison est forte et continue, les parois des capillaires sont profondément altérées et la nécrobiose des tissus avoisinants ne tarde pas à se produire ; les reins résistent plus facilement que les tissus périphériques à la nécrobiose totale, à cause de la richesse plus grande de l'apport sanguin qui s'y fait par plusieurs voies.

### **Menstruation et dermatoses.**

**De l'influence de la menstruation, en particulier sur les affections cutanées,** par R. GOUTRY (8 juin 1899).

G. reproduit ou fait connaître un certain nombre d'observations de dermatoses modifiées ou provoquées par la menstruation. Il a relevé des cas de furonculose à exaspérations coïncidant avec les règles, des cas de lupus subsistant des exacerbations ou des améliorations au moment des règles.

Il rappelle la fréquence de l'herpès menstruel, les poussées d'érythèmes polymorphes se développant à ces époques, cite des cas d'eczémas récidivant au moment des règles et des cas d'urticaire relevant de la même cause. Il a également relevé des cas de purpura en rapport avec les règles, des cas de pemphigus coïncidant avec la suppression accidentelle des règles. Il rappelle les relations des taches pigmentaires du visage avec les troubles utérins et les faits de sclérodermies survenues chez des femmes aménorrhéiques. Il conclut que ces dermatoses, dont le début coïncide tantôt avec les époques menstruelles, tantôt avec le développement de troubles utérins, ou dont la disparition coïncide avec la cessation de troubles

dysménorrhéiques, sont en relation avec une auto-intoxication d'origine ovarienne, liée à une altération de la fonction ovarienne.

### **Nævi.**

**Étude des nævi dans leurs localisations et leurs rapports avec le système nerveux, notamment avec les métamères, par F. LELONG (mai 1899).**

L. étudie dans sa thèse en rapportant à l'appui de ses idées un grand nombre d'observations et de schémas inédits, et en s'aidant de la théorie métamérique si brillamment soutenue par Brissaud, la topographie des nævi. Il rappelle d'abord la théorie métamérique, d'après laquelle les téguments et la moelle sont divisés en étages ou métamères superposés, appelés dermatomères d'une part, neurotomes ou myélomères d'autre part. Chaque neurotome, dans les premiers jours de la vie embryonnaire, est au même niveau que le dermatomère correspondant, mais l'ascension de la moelle vient détruire cette juxtaposition. Les neurotomes se mettent en rapport avec les dermatomères par l'intermédiaire des racines postérieures ou rhizomères et les fibres nerveuses qui les forment ont comme origine des cellules situées dans plusieurs neurotomes superposés. Le rhizomère donne également naissance à un métamère périphérique, appelé métamère radiculaire. Rhizomères et métamères radiculaires d'une part, myélomères et dermatomères d'autre part, forment des métamérisations tout à fait différentes.

Les nævi correspondent tantôt à des dermatomères, tantôt à des métamères radiculaires, le plus souvent aux deux à la fois. Ces différentes dispositions, affectées par les nævi, s'expliqueraient par un trouble des cellules médullaires, siégeant à des hauteurs différentes de la moelle et intéressant soit en totalité, soit en partie, un ou plusieurs neurotomes. Quant au nævus lui-même, il serait le résultat d'une malformation des cellules nerveuses, malformation due à des intoxications, à l'hérédité, peut-être aussi à des impressions morales vives éprouvées par la mère.

**Contribution à l'étude du traitement des angiomes par l'électrolyse, par G. GUILBARD (22 mars 1899).**

G. rapporte 12 observations inédites, recueillies à la clinique de Redard, d'angiomes traités par l'électrolyse. Il décrit avec quelques détails la méthode employée par Redard (emploi d'un seul pôle, le pôle positif, en rapprochant le plus possible les deux électrodes et en se servant, toutes les fois que la disposition de la région le permet, d'électrodes concentriques, emploi d'électrodes négatives aussi larges que possible) et s'en déclare résolument partisan. Il assure que l'anesthésie n'est utile que dans des cas très rares, la douleur étant habituellement supportable et allant d'ailleurs en diminuant pour cesser complètement à la fin de l'opération.

### **Néoplasmes cutanés.**

**Contribution à l'étude des kystes épidermiques des doigts et de la main, par D.M. COLARI (10 mai 1899).**

C., se basant sur les caractères anatomiques de ces kystes, soutient

l'opinion qu'il y aurait un réel avantage à remplacer la dénomination de « kystes épidermiques », qui est défectueuse, par celle de « kystes épithéliaux à contenu sébacé ». Tous ces kystes ne sont pas toujours, il s'en faut, d'origine traumatique ; il en existe un certain nombre dont l'étiologie ne peut être rapportée à un traumatisme quelconque et, parmi ceux-ci, les uns sont certainement des kystes dermoïdes congénitaux et d'autres ont très probablement la même origine. Un seul et même processus pathogénique, l'inclusion d'une partie de l'épiderme dans les tissus profonds, préside à la genèse de tous les kystes des doigts ; les facteurs initiaux seuls diffèrent : c'est tantôt un traumatisme avec plaie et tantôt un trouble du développement embryonnaire.

**La méthode de Cerny-Trunecek, ses résultats et ses indications**, par G. ROBILLARD (28 juin 1899).

R. joint aux cas déjà publiés 8 observations inédites d'épithéliomas cutanés traités par la méthode de Cerny-Trunecek ; il arrive ainsi à un total de 45 observations, dont 34 favorables à la méthode et 11 défavorables. Après un historique sommaire du traitement des épithéliomas cutanés par les caustiques, il décrit le mode d'emploi de la solution arsenicale de Cerny-Trunecek. Il conclut de la discussion des observations que cette méthode semble être plus rapide et plus efficace que les autres. Elle ne doit cependant pas être employée à l'exclusion de toutes les autres car elle échoue dans des cas où une autre peut réussir. Ce que l'on cherche à obtenir d'elle, c'est une cicatrisation et non pas une guérison radicale comme le disent les auteurs, leur méthode ne mettant pas à l'abri de la récurrence.

Cette méthode présente des indications et des contre-indications à la fois d'ordre clinique et d'ordre anatomique.

Elle ne doit pas être appliquée sans que l'examen histologique n'ait été pratiqué. En effet, il semble qu'elle réussisse rapidement et d'une façon efficace dans les variétés d'épithéliomas cutanés se rapprochant de la structure histologique des verrues séniles, ou épithéliomas papillomateux, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'infiltration leucocytaire ; au contraire, elle n'agit dans les épithéliomas à forme sarcomeuse épithéliale et dans ceux qui rappellent l'aspect des sarcomes que s'il existe une prédominance ou tout au moins un mélange équivalent d'éléments épithéliaux et d'éléments embryonnaires.

**Du mélanosarcome primitif de la peau**, par F. SUBERT (5 juillet 1899).

Cette thèse ne renferme aucune donnée nouvelle relativement au mélanosarcome cutané. L'auteur insiste surtout sur la généralisation de l'affection et sur les caractères suivants qui le distinguent des autres sarcomes et la rapprochent des tumeurs épithéliales : développement à l'âge mûr, envahissement presque constant du système lymphatique, généralisation de l'affection et non pas seulement récurrence *in situ* en cas d'intervention ; elle diffère cependant des cancers par une aptitude moins grande à l'ulcération, à l'hémorrhagie et à la cachexie ; de plus, ses lésions sont inoculables ; tous ces faits tendent à faire penser que les tumeurs mélaniques sont de nature infectieuse.

### ***Pelade.***

**Traitement de la pelade par l'acide lactique**, par M. STOJANOVITCH (12 avril 1899).

S. relate les essais faits, dans le service de Balzer, de l'acide lactique pour le traitement de la pelade et reproduit les observations de 25 malades soumis à ce traitement.

Après une description sommaire des différentes formes de pelades et une revue des traitements qui ont été employés contre elle, il montre les résultats obtenus avec le traitement par l'acide lactique, qui, dans les essais de divers médicaments faits par Balzer, s'est montré le plus efficace.

Employé en solution aqueuse à 50 p. 100 (avec les solutions alcooliques, l'irritation est vive et il suffit de les employer au 2/3), il provoque une irritation qui peut durer pendant vingt-quatre heures, de sorte que les malades peuvent ne se frictionner qu'une fois par jour; si l'irritation est trop vive on suspend les applications pendant quelques jours et, au besoin, on applique une pommade anodine. L'acide lactique bien manié est sans inconvénients; la douleur est, dans la plupart des cas, supportable et il ne se produit pas de cicatrices persistantes.

L'acide lactique provoque une repousse rapide, tout en arrêtant l'extension de la plaque malade. Dans les pelades en aires du cuir chevelu, la repousse des follets a toujours été rapide quelle que soit l'ancienneté de la maladie, sauf dans un seul cas, et, dans la grande majorité des cas, la guérison a été complète dans le courant du 3<sup>e</sup> mois. Dans la pelade de la barbe, les follets repoussaient également dans les quinze premiers jours, mais la guérison vraie était plus lente à obtenir. Dans la pelade ophiassique de Celse, les résultats ont été moins rapides.

### ***Purpura.***

**Contribution à l'étude du purpura dans la fièvre typhoïde**, par E. ROBERT (25 mai 1899).

R. fait une étude très incomplète du purpura survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, à propos de deux cas de fièvre typhoïde où cette complication a été observée. Dans le premier cas, à forme grave, hémorragies intestinales, puis pétéchies et ecchymoses dans les jours qui précèdent la mort. Dans le second, taches purpuriques se développant au moment où apparaissent des accidents graves dans le cours d'une fièvre typhoïde bénigne et mort au bout de quelques jours. Dans les deux cas, la culture donne du bacille d'Eberth, associé dans le second cas au coli-bacille peu virulent. R. conclut que le purpura était dû au bacille d'Eberth et à la toxine typhique qui a des propriétés congestives et hémorragiques. Pour lui, l'apparition des taches purpuriques est toujours d'un pronostic grave.

### ***Séborrhée.***

**Séborrhée grasse de Sabouraud**, par L. PETIT (8 février 1899).

Cette thèse est consacrée à l'exposé des recherches de Sabouraud sur la séborrhée au point de vue étiologique et clinique et contient en outre la critique des travaux antérieurs. Elle se termine par les conclusions suivantes :

Il existe une entité morbide spécifique répondant à une symptomatologie, une anatomie pathologique et une microbiologie propres. Elle est caractérisée cliniquement par des phénomènes constants : flux sébacé, dilatation des pores, obstruction des orifices sébacés par un cylindre vermiculaire gras, chute consécutive du poil. La lésion anatomique est un cocon corné dont la cavité contient, avec de la graisse, des amas microbiens. Son agent spécifique semble être un micro-organisme spécial et constant qui habite le centre du cocon : le microbacille séborrhéique. Cette maladie peut évoluer à l'état de pureté, elle s'observe parfois consécutivement à un autre état microbien antérieur. Souvent elle se complique elle-même d'infections secondaires dont elle paraît être le substratum nécessaire. Il importe de la séparer nettement de ces infections : au visage de l'acné polymorphe, au cuir chevelu des pityriasis et des eczémas séborrhéiques.

### **Sporozooses.**

**Les sporozooses humaines**, par G. MILIAN (18 juillet 1899).

Dans cette thèse remarquable, M. étudie les diverses maladies à sporozoaires qui peuvent se développer chez l'homme et en cite des localisations sur tous les tissus et tous les organes ; mais, se bornant à l'étude des états pathologiques pour lesquels la preuve de leur origine est faite, il est amené à éliminer de son cadre les diverses dermatoses auxquelles on a attribué une origine coccidienne, les discussions étant toujours pendantes à leur sujet (maladie de Paget, molluscum contagiosum, psorose perlose folliculaire végétante de Darier, cancer, etc.).

### **Tuberculides.**

**Des tuberculides et particulièrement de la forme folliclis**, par M. FRINGUET (8 décembre 1898).

Cette thèse est basée principalement sur les deux observations publiées récemment par Malherbe (voir *Annales de dermatologie*, 1899, p. 196) et sur une nouvelle observation de tuberculides recueillie par l'auteur, qui rapporte, en outre, les principales observations déjà connues et les examens histologiques correspondants. De l'ensemble de ces documents, il conclut que la folliclis rentre dans la classe des tuberculides et ne doit pas être confondue avec les folliculites, que ses lésions histologiques siègent surtout au niveau des vaisseaux : si elles paraissent naître au niveau des glandes sudoripares et des éléments pilo-sébacés, cela tient peut-être à ce qu'ils peuvent débiter au niveau des vaisseaux qui accompagnent ces éléments anatomiques. Jamais on n'a trouvé de bacilles dans ces lésions ; les foyers de cellules embryonnaires que l'on trouve dans les préparations ne représentent pas exactement des nodules tuberculeux et la présence de cellules géantes ne suffit pas pour identifier leur processus pathologique à celui de la tuberculose. Le pus ou la matière fongueuse prélevée au niveau des lésions n'ont pas donné lieu à des cultures positives, de même l'inoculation aux animaux a été négative.

L'hypothèse d'une toxine, invoquée pour expliquer le développement de ces lésions, n'est pas démontrée. On pourrait tout aussi bien dire, sans



préjuger de la cause de ces tuberculides, qu'il leur faut, pour évoluer, un terrain préparé par l'infection bacillaire et qu'elles sont peut-être seulement des lésions para-tuberculeuses. Quoi qu'il en soit, on est autorisé, dans l'état actuel de nos connaissances, à en rapprocher toute une série d'affections de la peau, qui semblent naître d'une cause analogue et présentent une évolution à peu près identique : ce sont l'acné (?), le lichen des scrofuleux, certaines folliculites, etc. Ces diverses maladies formeraient un groupe assez naturel, celui des tuberculides.

**Essai sur les tuberculides cutanées**, par A. HAURY (21 juillet 1899).

Dans cette thèse très remarquable, H. rapporte et critique presque toutes les observations connues de tuberculides, et de cette étude très consciencieusement et très judicieusement faite, conclut que, à côté des lésions tuberculeuses cutanées, connues et classées, se place toute une série, encore non définie, d'autres lésions, auxquelles on peut donner, au moins provisoirement, le nom générique de tuberculides. Ces lésions sont, d'après lui, elles aussi, fonction du bacille de Koch.

Parmi ces tuberculides, il est une classe importante, constituée objectivement par des éruptions cutanées d'éléments nodulaires ou papuleux, procédant par poussées, plus ou moins localisées ou disséminées sur une surface variable du corps. D'après leurs caractères cliniques, on peut diviser ces éruptions en 4 groupes ; à ces 4 groupes H. donne les dénominations de groupes acnitis, groupe folliclis, groupe miliaire ou lichénoïde et groupe nodulaire, dénominations dont les deux premières ne nous paraissent pas très heureusement choisies, et que l'auteur s'excuse d'ailleurs de faire renaître en disant qu'il ne les emploie que pour ne pas créer de nouveaux termes. De sa description clinique, à notre avis trop analytique et surchargée de divisions trop nombreuses, nous résumerons les caractères de chacun des groupes.

Le groupe acnitis est caractérisé par les données suivantes : début et prédominance à la face, siège toujours profond des éléments, marche descendante de l'éruption, dissémination sans groupement, évolution par poussées subintrantes d'un petit nombre de nodules, aucun rapport apparent avec l'appareil pilo-sébacé.

Le groupe folliclis, qui comprend des formes disséminées lentes à marche variable (à poussées continuelles subintrantes, rémittentes, intermittentes ou irrégulières) et des formes aiguës, offre généralement les caractères suivants : début extra-facial et respect au moins relatif de la face, prédominance constante aux extrémités, généralisation lente et chronique, localisation fréquente, quelquefois pendant des années, en une région (acroasphyxie), aucun rapport évident avec l'appareil pilo-sébacé, éléments éruptifs en général, mais non constamment, intra-dermiques, non acuminés.

Le groupe lichénoïde ou miliaire dans lequel H. fait rentrer des lésions rappelant le lichen scrofulosorum, mais non pas le lichen scrofulosorum, renferme des types multiples — papulo-squameux, papulo-pustuleux à petits éléments, pustulo-érythémateux, papulo-pustuleux à gros éléments, — a les caractères généraux suivants : relations fréquentes, mais non constantes des éléments avec l'appareil pilo-sébacé, apparition et dissémination rapides de l'éruption qui peut en quelques jours atteindre la tota-

lité du corps, tendance ordinaire des éléments à former des groupes, des placards, production fréquente d'exulcérations et même d'ulcérations véritables guérissant rapidement, respect ordinaire, mais non constant, des extrémités des membres ; de plus, en général, les éléments éruptifs sont petits, superficiels, non infiltrés, l'éruption est polymorphe, au cours d'une même poussée, et elle a une prédominance assez marquée pour les membres inférieurs, la partie inférieure de l'abdomen et le dos.

Quant au type nodulaire, il comprend des lésions nodulaires disséminées et se rapprochant, en raison de ce caractère, et par la situation de leurs éléments, des groupes précédents, mais H. pense qu'il devrait aussi comprendre l'érythème induré type Bazin-Hutchinson.

Entre ces différents groupes, il existe un certain nombre de types et de variétés établissant entre eux des faits de passage et qui montrent leur étroite parenté.

L'histologie, de même que la clinique, permet d'établir dans cette classe des tuberculides, des types, différents les uns des autres, mais présentant entre eux des relations étroites. Ainsi, en partant de la structure du nodule tuberculeux représenté par le groupe acnitis, on arrive, par gradation ascendante et insensiblement, à la lésion la plus élémentaire, représentée par une simple infiltration cellulaire intra-dermique. La lésion constante, qui relie ces types les uns aux autres, est représentée par les altérations plus ou moins prononcées des vaisseaux sanguins.

Au point de vue pathogénique, l'hypothèse des toxines dans la genèse de ces lésions, est *a priori* admissible. Mais il n'est pas prouvé que, dans certains cas, les lésions ne puissent être bacillaires, au moins à leur début, et l'hypothèse de l'existence des bacilles de virulences différentes correspondant aux différentes variétés de tuberculides est plus admissible que celle de toxines différentes. Des faits cliniques, bactériologiques et expérimentaux autorisent la supposition de l'origine bacillaire de ces lésions, quelque téméraire qu'elle paraisse.

Les relations cliniques de ces divers types avec les différentes formes de la tuberculose ne peuvent être actuellement, faute d'observations suffisantes, nettement déterminées. Il semble cependant que les lésions du groupe Folliclis et principalement de sa variété régionale, sont plus en rapport avec les tuberculoses fermées en général, et avec la tuberculose pulmonaire en particulier. Le groupe miliaire ou lichénoïde semble, au contraire, l'apanage des tuberculoses ouvertes, suppurées, en général, et de la tuberculose ganglionnaire en particulier. L'âge des malades, leur état de cachexie plus ou moins prononcé, les associations de tuberculoses diverses ont probablement une grande influence sur la détermination du type clinique, et c'est probablement la raison pour laquelle il existe un si grand nombre de faits difficiles à ranger dans un groupe plutôt que dans un autre.

### ***Tuberculose cutanée.***

**Traitement chirurgical des tuberculoses cutanées,** par P. EYNARD (5 juillet 1899).

E. rapporte un grand nombre d'observations inédites de tuberculoses

cutanées, traitées chirurgicalement dans le service de Perriu (de Marseille). Il conclut que le traitement des tuberculoses cutanées, quelle que soit leur forme, est avant tout chirurgical. Parmi les nombreux moyens chirurgicaux qui leur sont applicables, on donnera la préférence à l'exérèse totale toutes les fois qu'elle sera réalisable : la tuberculose cutanée doit être traitée comme une tumeur maligne. A côté de l'ablation totale, se placent, suivant les cas, le raclage, les scarifications et l'ignipuncture. L'emploi des caustiques a vécu. On peut associer au traitement chirurgical, comme modificateur puissant de l'organisme et dans les cas rebelles, les injections intra-musculaires de calomel ou d'huile grise. L'hygiène, l'alimentation et les toniques ne seront pas plus négligés que dans les autres tuberculoses locales ou non.

### **Zona.**

**Zona gangréneux anormal.** par O. PATRY (4 novembre 1898).

P. donne une description très sommaire de l'affection ou plutôt du syndrome à étiologie et à symptomatologie complexes et variables, connu sous le nom de zona gangréneux atypique, et rapporte deux observations, qu'il range sans explication suffisante dans ce cadre. Dans la première observation, il s'agit probablement d'un cas de zona banal avec irritation produite par la pression du corset, mais elle est rapportée avec trop de concision pour pouvoir être discutée. Quant à la deuxième observation, elle concerne un cas de lésions bulleuses, se terminant par la production de plaques gangréneuses : les lésions, d'abord localisées à la cuisse droite, à la partie moyenne de laquelle elles étaient disposées en un anneau large de 10 centimètres avec une bande verticale à la partie postérieure de la cuisse, se sont, plus tard, montrées sur la jambe, puis sur l'avant-bras, à la périphérie d'une brûlure remontant à quatre mois ; pas de douleurs, pas de troubles pouvant être attribués à l'hystérie ; pendant le séjour à l'hôpital, poussée d'urticaire, survenue sans cause appréciable. Ce cas rappelle ceux qui ont été donnés comme des exemples de gangrène hystérique et qui ne sont souvent que des dermatoses simulées, hypothèse qui n'est pas discutée dans l'observation.

**Traitement du zona par les pansements à l'acide picrique,** par P. DELEBECQUE (8 juin 1899).

D. rapporte 6 observations de zonas traités par les pansements à l'acide picrique, suivant la méthode préconisée par Thiéry pour les pansements des plaies. Il en vante les bons effets dus aux propriétés à la fois antiseptiques, analgésiques et kératoplastiques de l'acide picrique. D'après lui, ce pansement empêche ou arrête les phénomènes inflammatoires qui peuvent survenir au niveau des vésicules du zona, il calme le prurit intense du zona et apaise les violentes douleurs névralgiques et dispense de l'emploi des autres calmants, conclusion des plus contestables.

G. T.

## REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

### **Artificielles (Dermatoses).**

**Deux causes non signalées de dermatites** (Two unrecorded causes of dermatitis), par A. DAVIDSON. *Therapeutic Gazette*, 15 février 1899, p. 85.

La pomme de terre sauvage de la Californie du Sud (*Solanum Xanthii*, Gray), peut déterminer des dermites violentes chez certaines personnes. D. rapporte l'observation d'une jeune femme qui présentait une grande susceptibilité au *Rhus venenata* et plus grande encore au *Solanum Xanthii*. Elle eut une fois une dermite intense de la face pour s'être approchée de trop près d'un pied de solanum dont elle examinait la fleur. La face était rouge pourpre, gonflée, couverte de vésicules, violemment prurigineuse. Il y avait en même temps tous les symptômes de l'intoxication par la belladone, accélération du pouls, dilatation de la pupille, paralysie de l'accommodation ; dans d'autres occasions similaires les troubles cardiaques avaient été assez prononcés pour l'obliger à garder le lit.

Le contact des feuilles du figuier peut aussi déterminer des éruptions papuleuses très prurigineuses chez les enfants. L'éruption siège surtout aux surfaces de flexion des doigts et des poignets et elle est due aux poils raides qui couvrent ces feuilles.

W. D.

**Tumeurs cutanées multiples produites par l'exposition au soleil** (A remarkable case of multiple growths of the skin caused by exposure to the sun), par M. SHEILD. *Lancet*, 7 janvier 1899, p. 22, avec une planche en couleurs.

Le malade est un homme de 35 ans, très blond, d'origine écossaise, mais né dans le sud de l'Afrique. Depuis son enfance, il était extrêmement sujet à prendre des coups de soleil qui étaient chez lui toujours assez sérieux. Néanmoins il a passé sa vie en Afrique toujours exposé au soleil. De 1891 à 1897 il a subi 4 opérations plus ou moins étendues pour de petites tumeurs de la face. Observé par S. en juillet 1898, on constata que la face est très hâlée, couverte de taches de rousseur très marquées, comme toujours chez les marins blonds, le dos des mains est très hâlé. La face et le cou sont semés de petites tumeurs variant du volume d'un grain de plomb à une noisette. Les plus petites ressemblent à des verrues, les plus grosses sont dures et ulcérées. Ce sont manifestement des tumeurs malignes. La face présente un grand nombre de taches atrophiques sans qu'on puisse toujours déterminer si elles sont dues à l'une des opérations antérieures. Outre les taches de rousseur il y a les macules pigmentées presque noires, le nez, la lèvre supérieure présentent aussi des verrucosités couvertes d'écailles séborrhéiques. On est frappé par l'analogie avec le xeroderma pigmentosum.

L'opération a consisté en l'ablation de toutes les tumeurs, l'une d'elles, au cou, atteignait jusqu'au sterno-mastoidien. Résultat excellent.

L'examen microscopique par Galloway montra un épithélioma.

Comme le malade est obligé de retourner en Afrique, le pronostic doit être assez réservé car l'action du soleil provoquera probablement l'apparition de nouveaux épithéliomas.

W. D.

**Éruptions de la face produites par les compressions nasales** (Eruptions of the face due to nasal pressure), par G. D. MURRAY. *Medical Record*, 25 mars 1899, p. 422.

L'auteur rapporte une douzaine d'observations d'éruptions diverses, érythèmes, eczéma, acné, etc., liées à la présence de compressions intranasales. Cette compression est due le plus souvent à un éperon de la cloison venant comprimer les cornets, plus rarement à une hypertrophie localisée des cornets eux-mêmes. L'éruption est localisée ou prédominante du même côté que la compression et disparaît par la suppression de sa cause.

W. D.

### **Atrophie cutanée.**

**Sur une forme rare d'atrophie de la peau** (Ueber eine seltene Form von Atrophie der Haut), par J. NEUMANN. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLLV, p. 3.

L'auteur rapporte le cas d'un journalier de 32 ans qui, sauf quelques frissons, un léger prurit et une lassitude générale, n'éprouve pas d'autres malaises. Depuis deux ans il est atteint d'une maladie de la peau, occupant, au moment de son entrée à l'hôpital, la plus grande partie de la surface cutanée, était particulièrement intense sur le tronc, les bras et les membres inférieurs; la face, le cou et le scrotum étaient seuls indemnes. Sur les parois latérales du thorax la peau présente une rougeur diffuse symétrique depuis les arcs costaux jusqu'au mamelon et vers les aisselles, rouge-brun en quelques points, plus livide en d'autres, partout ridée, comparable à du papier à cigarettes froissé, évidemment amincie et atrophiée. Partout défurfuration de l'épiderme en lamelles plus ou moins grandes, minces, blanc mat ou un peu brillantes, transparentes; ces dernières sont en forme de tache dans les quadrillages un peu enfoncés de la peau, qui apparaissent après la chute des squames comme des points rouge foncé, avec un revêtement épidermique mince, ridé. La plupart des squames sont assez fortement adhérentes. Les poils manquent presque complètement, ce n'est que dans les parties les moins atteintes qu'on trouve de rares poils lanugineux.

Après un séjour de 3 mois 1/2 à l'hôpital et l'emploi de plus de 400 pilules asiatiques, la rougeur foncée originelle n'est plus aussi marquée, la peau a pris une teinte plus brune, les squames sont en partie tombées. Sensibilité intacte; le poids du corps a diminué de 3 kilogrammes; cependant le malade se trouve mieux; le prurit et les frissons sont en voie de diminution; ni sucre ni albumine.

L'auteur décrit ensuite un second cas qui concerne un serrurier de 23 ans, chez lequel la maladie de la peau existe depuis dix ans, et serait survenue consécutivement à la scarlatine.

Il donne ensuite le résultat de l'examen microscopique de la peau chez ces deux malades. De l'étude clinique et histologique il résulte que la terminaison du processus morbide, qui, cliniquement, se présente comme

une atrophie, est précédée d'un processus inflammatoire trophonerveux à marche lente, qui occupe principalement les couches supérieures du derme, d'une part amène la disparition et l'atrophie du corps papillaire, des glandes sébacées et sudoripares et de poils, de l'autre provoque l'hypertrophie et la sclérose du tissu de nouvelle formation ainsi que du tissu élastique de la partie profonde du derme. Ce dernier est par suite épaissi et modifié proportionnellement dans la structure. Cette altération se manifeste lorsqu'on excise un petit fragment de peau, par le craquement du tissu sous le bistouri et comme le démontre l'examen microscopique par les différences de forme et de couleur, etc., des éléments de tissu, car les diverses couches du derme ont une réceptivité différente pour les matières colorantes.

La prolifération de cellules rondes, la vascularisation plus grande et l'augmentation des *Mastzellen* indiquent qu'il y a dans les couches supérieures du derme une inflammation chronique qui généralement amène l'atrophie.

Au tableau clinique du quadrillage de la peau avec ses bourrelets saillants et ses plaques blanches un peu déprimées correspondent histologiquement les parties soulevées encore infiltrées et les points déjà atrophies.

Tandis que la couche superficielle, pour la plus grande partie très amincie, repose sur une couche sous-jacente solide, compacte et peut être facilement déplacée sur elle (c'est dans la zone de démarcation que le tissu élastique est le plus abondant), il se produit un état particulier de la peau ressemblant à du papier à cigarettes froissé.

L'existence d'une inflammation chronique de la peau explique aussi la sensation persistante des frissons du malade.

Il faut sans doute rapporter la richesse relative en cellules musculaires, lisses et en tissu élastique à ce que, par suite de la destruction partielle du tissu conjonctif, ces éléments prédominent.

A. DOYON.

### ***Dermatite exfoliatrice.***

**Épidémie de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés** (An outbreak of dermatitis exfoliativa neonatorum), par W. SPENCER. *Australasian medical Gazette*, 20 juin 1899, p. 225.

L'auteur rapporte une épidémie de dermatite exfoliatrice de Ritter qui a sévi dans un hôpital contenant des enfants et des femmes en couches ; il en rapporte 25 observations. L'âge des malades a varié de 1 jour à trois ans et demi, mais la plupart avaient moins de 15 jours ; l'éruption a été quelquefois précédée de rougeole ou de rubéole. L'apparition successive de 4 cas fit prendre des mesures d'isolement individuel qui cependant ne suffirent pas à arrêter l'épidémie. Après le 9<sup>e</sup> cas, l'évacuation et la désinfection du service d'accouchements parurent avoir arrêté l'épidémie, mais celle-ci reparut 38 jours après et 6 nouveaux cas se montrèrent dans une semaine. Une nouvelle accalmie après une nouvelle désinfection générale n'est pas plus heureuse, car la maladie reparut grâce à ce qu'une brosse à cheveux, servant aux enfants, avait échappé à la désinfection.

Cinq cas se sont terminés par la mort, mais celle-ci est due à un mauvais état général antérieur et indépendant de la dermatose.



L'éruption, précédée parfois d'une sécheresse anormale de la peau, se montrait d'abord au tronc, puis se généralisait en affectant surtout les surfaces d'extension. Elle débutait soit par des bulles de 1 à 2 centim. de diamètre, soit par des macules ou des nappes érythémateuses sur lesquelles apparaissaient ensuite des bulles, des vésicules ou des pustules. Les bulles se desséchaient en croûtes lamelleuses et les nappes érythémateuses desquamaient en larges lambeaux laissant à nu une surface souvent humide et suintante. Dans plusieurs cas, l'éruption attaquait la face et même la muqueuse buccale; elle pouvait même y débiter.

Après une période de desquamation, la maladie s'est terminée 5 fois par la mort et 20 fois par la guérison, après avoir duré un mois en moyenne.

Le traitement purement local s'est borné à des lotions de carbonate de zinc.

W. D.

### **Dermatophobie.**

**Les dermatophobies**, par G. THIBIERGE. *Presse médicale*, 9 juillet 1898.

Les dermatophobies peuvent être définies d'une façon générale : les craintes excessives que provoque chez certains sujets l'existence de lésions cutanées ou la possibilité du développement de celles-ci. La dermatophobie peut être consécutive à une altération cutanée déjà existante ou se développer sans altération préalable de la peau. Elle peut donc être primitive ou secondaire. La dermatophobie primitive est très rare, puisque toujours elle est basée sur une lésion cutanée actuelle, passée ou insignifiante. Quelquefois il s'agit d'une inquiétude morbide provoquée par une affection gênante et très réelle mais ne justifiant pas un pareil désespoir.

Les maladies parasitaires sont celles qui occasionnent le plus facilement la dermatophobie. Très souvent il s'agit d'un malade qui a eu la gale ou qui croit l'avoir eue, qui suppose qu'il a pu la prendre ou qui en a entendu parler, la moindre démangeaison prend des proportions exagérées, le prurit peut même être créé de toutes pièces par la névropathie et reproduire les principaux caractères du prurit galeux pour peu que le malade en connaisse la symptomatologie.

Quelquefois ce sont les poux ou des parasites invraisemblables que craignent les malades ; telle une femme qui attribuait à des algues les lipomes multiples qu'elle voyait se développer sous sa peau.

Certaines malades, car dans ces cas ce sont presque toujours des femmes, sont plongées dans le désespoir à cause d'un bouton d'acné, de quelques varicosités, de quelques poils de duvet sur la figure. Elles les étudient constamment, leur imagination les amplifie et elles sont tellement obsédées de l'idée que tout le monde les remarque qu'elles en arrivent à ne plus vouloir voir personne. D'autres sont poursuivies par la crainte de la pelade et en arrivent à détruire les cheveux ou les poils par les manipulations continuelles des poils ou des cheveux d'une région déterminée.

Les dermatophobies génitales sont plus fréquentes chez l'homme qui peut s'observer plus facilement.

La dermatophobie s'observe chez des malades névropathes, hystériques ou neurasthéniques ; elle varie depuis une simple inquiétude jus-

qu'à l'obsession, jusqu'à la vésanie et de même qu'on voit de la folie à deux, on voit des dermatophobies à deux ou à plusieurs ou imposées par une personne à une autre, comme dans les cas que cite Thibierge d'une mère créant la dermatophobie chez sa fille par suite des boutons qu'elle croit lui voir sur sa figure.

Cette étude très complète et intéressante sur ce trouble mental assez fréquent mais peu connu se termine par quelques considérations thérapeutiques. Le traitement, toujours très difficile, souvent infructueux, est surtout moral. Le médecin doit, tout en s'occupant localement des lésions qui peuvent provoquer l'obsession, acquérir assez d'influence sur son malade pour le convaincre de l'inanité de ses craintes et de la solidité de sa guérison.

W. D.

### **Électrolyse.**

**Variations de la résistance électrique dans l'électrolyse et nécessité d'employer un milliampèremètre** (The varying resistance encountered in electrolytic work and the necessity for using a milliamperemeter), par HUTCHINS. *Journal of cutaneous diseases*, mai 1899, p. 201.

Dans une série d'expériences faites comparativement sur lui-même et sur un grand nombre d'autres personnes, H. a constaté qu'il y a de grandes différences individuelles dans la conductibilité électrique. Ces différences ne peuvent s'expliquer par aucune particularité visible et H. est disposé à les attribuer à des diversités dans la composition chimique des humeurs et surtout dans la quantité et la nature des sels en dissolution dans les humeurs. Il en conclut à la nécessité du milliampèremètre dans toutes les opérations d'électrolyse.

W. D.

### **Érythème.**

**Traitement des engelures par le bain électrique.** (Note on the treatment of chilblains by the electric bath), par LEWIS JONES. *Lancet*, 14 janvier 1899, p. 88.

Le bain électrique local est le meilleur moyen de traitement non seulement pour les engelures, mais pour le froid habituel des pieds lié à une circulation torpide. Aux deux extrémités d'un bain de pied en faïence rempli d'eau on place les deux pôles d'une machine d'induction et l'on fait passer un courant aussi fort que le sujet peut le supporter sans désagrément. On prend ainsi un bain de pieds — ou de mains — chaque soir, pendant 10 à 15 minutes dès la première apparition des engelures. Le malade éprouve une sensation de chaleur qui persiste un certain temps et l'on voit en quelques jours les engelures existantes disparaître et même la susceptibilité aux engelures diminuer d'une façon durable.

W. D.

### **Érythème induré.**

**Cas d'érythème induré avec examen microscopique montrant son absence de relation avec la tuberculose** (A case of érythème induré des scrofuleux » of Bazin with microscopical findings, showing its non relationship to tuberculosis), par CH. T. DADE. *Journal of cutaneous diseases*, juillet 1899, p. 304.

H..., 42 ans, bien portant, sauf un peu d'anémie et une tendance à avoir froid aux pieds et aux mains; il est le père de deux garçons robustes et a perdu un enfant à un an et demi, peut-être de tuberculose. Sa femme est parfaitement bien portante, mais a perdu deux frères et deux oncles de tuberculose.

L'affection pour laquelle ce malade vient consulter se montre pour la troisième fois, apparaissant chaque année en octobre, et durant jusqu'au printemps. Les lésions débutent par des nodules gros comme des pois siégeant sous la peau et s'accroissant graduellement.

Les jambes ne portent pas de varices et ne sont pas œdématisées. A la partie postéro-interne de la jambe droite on trouve 7 plaques disséminées, arrondies, larges de  $1/2$  à 1 pouce  $1/2$ , d'une teinte variant du rouge vif au violet dans les plus anciennes; la rougeur, plus marquée au centre, va en se dégradant à la périphérie. Les anciennes lésions laissent une simple macule brune, mais pas de cicatrice et il n'y a jamais eu d'ulcération. A la palpation, on trouve que les lésions sont indolentes sans élévation de température; elles ne font presque pas saillie, mais le doigt y perçoit une induration profonde, adhérente à la face profonde du derme, s'enfonçant sous la peau, mais mobile sur l'aponévrose. Cette nodosité présente une consistance pâteuse, mal délimitée; dans les plus grosses, on trouve le sommet mou et fluctuant. Malgré l'indolence des nodosités à la palpation la station debout prolongée est douloureuse.

Sur la jambe gauche on trouve des lésions tout à fait semblables mais moins nombreuses. Elles évoluent lentement, mais pendant tout l'hiver elles persistent sans grand changement.

En ouvrant une des lésions les plus volumineuses, qui était fluctuante, on y trouve un liquide huileux qui a été inoculé à un cobaye en même temps qu'un fragment de tissus. Le cobaye, tué au bout de six semaines, ne présentait aucune trace de tuberculose des ganglions ou des viscères.

L'examen microscopique de la voûte de la nodosité ramollie a montré le derme infiltré de leucocytes polynucléaires avec quelques mononucléaires paraissant parfois groupés comme des petits abcès.

Les vaisseaux sanguins ont leurs parois épaissies, ils sont même parfois obstrués par la prolifération de leur endothélium; quelques-uns sont même rompus et ont laissé leur sang s'extravaser. Il n'y a pas de nécrose ou de dégénérescence graisseuse, rien qui ressemble à des tubercules.

D. en conclut que l'érythème induré n'a rien de tuberculeux. W. D.

**Erythème induré et granulome nécrotique chez le même sujet** (Indurated erythema and necrotic granuloma in the same subject), par J. C. JOHNSTON. *Journal of cutaneous diseases*, juillet 1899, 311.

La malade, qui fait l'objet de l'étude de Johnston, est une jeune fille de 16 ans, anémique, à peau pâle, épaisse, grossière et pâteuse; elle a des adénites cervicales très marquées mais non ramollies. Elle présente aux jambes de nombreuses tumeurs d'érythème induré, dont plusieurs sont ulcérées. Les mains et les avant-bras du côté de l'extension sont semés de lésions d'aspect tout différent qui sont des idrosadénites, tuberculides de Darier ou granulome nécrotique de l'auteur.

Cette dernière éruption est formée de petits nodules pâles, qui débu-

tent dans le tissu sous-cutané ou dans les parties profondes du derme. Ils se développent lentement et sans douleur, car l'évolution totale d'une lésion donnée peut durer un an. En se développant, le nodule devient adhérent à la peau et gagne peu à peu la surface en formant une papule rose puis rouge cuivré. Le sommet se déprime par suite de la formation d'un bouchon nécrotique qui finalement tombe en laissant une petite cicatrice. Ces lésions restent isolées et disséminées sans aucun groupement: elles ressemblent beaucoup à de petites syphilides papuleuses. Dans la plupart des cas publiés ces lésions coïncident avec des manifestations de scrofulo-tuberculose.

L'érythème induré et le granulome nécrotique ont tous deux de la tendance à s'aggraver en hiver et à s'améliorer en été. Les traitements locaux n'ont pas grande influence et ce qui réussit le mieux est un traitement général tonique.

Les altérations anatomiques de l'érythème induré débutent à la partie profonde du derme. Les fibres conjonctives sont dissociées par l'œdème et par une infiltration cellulaire qui est surtout accusée autour des vaisseaux. Ce sont surtout des lymphocytes et des cellules épithélioïdes fusiformes à gros noyau ovoïde et vésiculeux; ces dernières paraissent provenir de l'endothélium et des cellules conjonctives fixes. Il n'y a pas de cellules géantes. Dans toutes les pièces, J. a trouvé des foyers de nécrose qui, par leur extension, aboutissent à l'ulcération.

Dans le granulome nécrotique, les lésions débutent par la partie profonde du derme ou par l'hypoderme. On trouve autour des vaisseaux sanguins un foyer d'infiltration cellulaire formé de lymphocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Cette infiltration s'étend au voisinage en atteignant surtout les réseaux vasculaires des glomérules sudoripares, des follicules ou des glandes sébacées.

Quand la papule a acquis son complet développement, on y reconnaît la structure du follicule tuberculeux, puis l'oblitération des vaisseaux en amène la nécrose qui s'étend jusqu'à la surface en suivant les conduits sudoripares. Les altérations de l'épithélium glandulaire sont secondaires, elles sont analogues à la tuméfaction trouble des cellules du rein dans les exanthèmes.

Il n'a pas été trouvé de microbes dans l'une ou l'autre des lésions étudiées, de sorte que leur origine toxique est probable. W. D.

### **Érythromélgie.**

**Cas d'érythromélgie avec examen microscopique d'un orteil amputé** (A case of erythromelalgia with microscopical examination of the tissues from an amputated toe), par WEIR MITCHELL et W. SPILLER. *American Journal of the med. Sciences*, janvier 1899, p. 1.

Les auteurs rapportent un cas d'érythromélgie prédominant dans le premier orteil du côté droit, chez un homme de 61 ans, sans autres antécédents pathologiques qu'un coup de soleil qui le laissa 8 heures sans connaissance. La maladie a débuté depuis 18 mois par des crises de violentes douleurs dans le pied droit, s'accompagnant de rougeur et s'exagérant par la pression, la chaleur ou la position déclive. Les accidents se

montrèrent successivement dans la plante, les derniers orteils, puis le premier et finalement se localisèrent en ce dernier point. La douleur, très intense, s'exagère le jour et surtout par la station. La sensibilité est normale dans tous ses modes; l'artère fémorale droite bat faiblement à la cuisse; le cœur est un peu faible; il n'y a pas d'atrophie musculaire,

On fait l'amputation du premier orteil droit. La cicatrisation fut lente et difficile, accidentée par un foyer de gangrène. A la suite de l'amputation le douleurs disparurent, mais il est à craindre qu'elles ne reviennent.

L'examen microscopique de l'orteil amputé montre que les nerfs sont sclérosés et si profondément altérés qu'on a peine à y trouver quelques fibres normales. Les artères sont atteintes d'endarterite qui réduit le calibre dans une proportion considérable.

Les auteurs pensent que l'érythromélgie est essentiellement une névrite périphérique et que les altérations artérielles sont consécutives à la névrite.

W. D.

### **Favus.**

**Résistance de l'Achorion Schönleinii aux agents médicamenteux** (Resistenza del l'Achorion Schönleinii ai comuni agenti medicamentosi), par C. CALDERONE. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, p. 49.

Verujski avait fait remarquer que les champignons des teignes sont extrêmement sensibles à l'action de la chaleur et des modifications de l'acidité du milieu de culture, ainsi qu'à la présence de diverses substances dans ce milieu, fait qui contraste avec la ténacité de ces affections. C. a étudié l'action d'un grand nombre de substances. Il a constaté que le sublimé en solution à 4-3-2-1-0, 75-0,50 pour 1000, agissant pendant 5 minutes sur le champignon, n'empêche pas son développement; que, même des doses de 0,25 0,50 et 1 gramme agissant pendant 20 à 40 minutes et des doses de 0,50 et 1 gramme agissant pendant une ou plusieurs heures, ne font que retarder le développement: il faut un contact de 12 à 24 heures pour arrêter ce développement. L'acide phénique a un pouvoir antimycotique un peu supérieur au sublimé et il suffit qu'il en persiste une petite quantité à la surface du poil pour que le développement du champignon soit impossible; même après des lavages répétés, on n'obtient pas de cultures avec des poils qui ont séjourné pendant 5 à 20 minutes dans une solution à 1 ou 2 p. 100; mais, après 40 minutes d'immersion dans cette solution, on n'en obtient pas; en neutralisant l'acide phénique au moyen de l'eau bromée, on peut encore obtenir des colonies avec des poils ayant séjourné une heure dans une solution à 1-2 ou 3 p. 100, mais ces colonies sont rares et irrégulières. L'eau bromée n'empêche pas le développement du champignon. La solution de résorcine à 10-15 p. 100 en diminue ou en retarde le développement, mais ne l'arrête pas. La chrysarobine, dans la proportion de 10 à 20 p. 100, retarde ce développement de 4 à 5 jours, mais ne l'arrête pas. Le naphtol β est sans aucune action, même à la dose de 10-15-20 p. 100. Le thymol, dans la proportion de 5 à 10 p. 100, retarde un peu le développement, mais ne l'arrête pas. L'ichtyol et le soufre sublimé, même après une heure d'immersion, ne le trou-

blent en rien. L'acide salicylique, dans la proportion de 5 à 10 p. 100, atténue le développement, mais ne l'arrête pas après une heure d'action ; des solutions à 15 p. 100 agissant pendant 40 à 60 minutes, peuvent empêcher le développement pendant 7 jours, mais il n'est pas certain qu'elles fassent mourir les spores. L'acide pyrogallique, en solutions à 10-15-20 p. 100, atténue le développement du parasite, mais ne l'empêche pas d'une façon absolue, même après 40 minutes d'action directe. La teinture d'iode et le baume du Pérou sont complètement sans effet. L'alcool, dans la proportion de 25 à 50 p. 100, n'a qu'une assez faible action antimycotique. L'éther et le chloroforme, même absolument purs, n'ont aucune action. L'acide acétique, dans la proportion de 5-10-15 et 20 p. 100, n'a pas d'effet utile. L'action de l'acide formique est assez faible.

En résumé, dit C., aucune des substances qu'il a expérimentées n'a montré de propriétés antimycotiques. Ces résultats viennent, ainsi qu'il le fait remarquer, à l'appui de cette opinion, qui est celle de beaucoup de dermatologistes, que l'épilation est indispensable dans le traitement du favus ; les diverses substances préconisées comme antimycotiques n'auraient tout au plus qu'une action adjuvante à celle de l'épilation. G. T.

#### **Gale.**

**Gale norvégienne** (Scabies Norvegica), par RAVOGLI. *Cincinnati Lancet Clinic*, 16 juillet 1898.

Le malade est âgé de 17 ans, il est atteint depuis 10 ans, et aurait contracté son affection à l'école ; depuis cette époque tous les traitements internes et externes n'ont eu que des résultats temporaires. Le prurit, très violent au début, a graduellement diminué et parfois même cesse complètement. L'éruption occupe la face, les épaules, les bras, la poitrine, le tronc, la verge, les cuisses, les mains et les pieds. Elle est formée de papules et de pustules avec des amas de croûtes squameuses et quelques lésions de grattages disséminées. Ravogli a pu trouver dans les squames des sarcoptes qui étaient situés dans la couche de Malpighi et non dans la couche cornée. Ravogli croit qu'il s'agit d'une espèce particulière analogue aux *Sarcoptes nutans*. Megnin, en se fondant sur la situation et la forme de sillons, la forme et la grosseur des parasites qui ont 0<sup>mm</sup>10 et non 0,35 à cause du faible prurit qui n'augmente pas la nuit. W. D.

#### **Kératoses.**

**Recherches statistiques sur la kératose pileaire** (Ricerche statistiche sulla cheratosi pilare), par FLORIO SPRECHER. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 734.

S. a étudié, au point de vue de l'existence de la kératose pileaire, 3,200 sujets de tous les âges, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 108 ans.

De ces statistiques qu'il serait trop long d'analyser ici, il conclut que cette affection commence dans l'enfance, parcourt lentement, pendant l'enfance, l'adolescence et la jeunesse, les périodes de son évolution, atteint son complet développement entre 25 et 30 ans, puis diminue lentement. Ses premières manifestations occupent les membres, puis apparaissent bientôt celles du tronc et de la face et, sensiblement plus tard,



celles du cuir chevelu. La kératose pileaire des membres est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme, contrairement à celle de la face; celle du cuir chevelu s'observe exclusivement chez l'homme. La kératose pileaire n'est en rapport constant avec aucune maladie. Dans son étiologie, il faut faire une place à l'hérédité et aux irritations de cause externe de tout genre.

G. T.

**11 cas de porokératose dans une même famille** (Eleven cases of porokeratosis [Mibelli] in one family), par C. GILCHRIST. *Journal of cutaneous diseases*, avril 1899, p. 149.

Sur les 11 cas de porokératose que cite G. et qui portent sur quatre générations, il en a personnellement observé huit et a excisé un certain nombre de lésions sur quatre malades. La description clinique qu'il en donne ne diffère pas de celles qui ont été données par Mibelli, Respighi et autres. Les examens histologiques ont porté sur des lésions de tout âge. La maladie débute par une hyperkératose des orifices sudoripares et souvent aussi des orifices sébacés dans lesquels elle pénètre assez profondément. En s'étendant, l'hyperkératose atteint les orifices glandulaires voisins, formant ainsi une crête continue pendant que la partie centrale s'affaisse par tassement de la couche cornée et amincissement de la couche épineuse de l'épiderme. Dans le derme on trouve une notable infiltration cellulaire autour des vaisseaux sanguins qui sont dilatés; les glandes sudoripares et les follicules pilo-sébacés sont souvent atrophiés dans l'aire centrale.

La maladie n'est donc pas limitée aux orifices sudoripares et mériterait mieux le nom d'hyperkératose excentrique. Elle est nettement héréditaire, n'est pas contagieuse. G. n'a pas pu y trouver de parasites; il repousse l'hypothèse d'une cause toxique proposée par Tommasoli, parce qu'elle ne s'accorde pas avec le fait dominant de l'hérédité. La porokératose doit être nettement distinguée des lichens, des ichtyoses et des nævi. W. D.

### Lèpre.

**De la diffusion des bacilles lépreux par les voies aériennes supérieures** (Ueber die Verbreitung der Leprabacillen von den oberen Luftwegen aus), par SCHAFFER. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLIV, p. 159.

S. a fait de nombreuses recherches et il a pu constater que dans l'espace de dix minutes plusieurs milliers de bacilles avaient été expulsés pendant qu'un malade parlait; or dans une expérience le nombre de bacilles était de 120,000, une fois même de 185,000. Dans quelques expériences on pouvait trouver des bacilles à 1 m. 50 de distance et même plus loin.

Les meilleurs moyens de diminuer le nombre des bacilles sont un lavage à fond de la cavité buccale et ensuite la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent des surfaces érodées ou ulcérées. C'est la toux qui donne le chiffre le plus faible de bacilles. Chez les deux malades observés par l'auteur la sécrétion nasale contenait une très grande proportion de bacilles; de nombreuses recherches ont montré la présence d'une quantité très considérable de bacilles dans l'éternuement. D'une manière générale, on peut dire que l'air expiré est indemne de bacilles.

On peut se demander si ces bacilles sont en général doués de vitalité et, même s'il en était ainsi, l'expérience clinique a montré que le danger d'infection dans la lèpre n'est pas très grand. Il ne faut donc pas s'exagérer les résultats de ces expériences ; toutefois il importe de se rappeler que l'expulsion des bacilles par les voies aériennes supérieures joue un rôle relativement important et est peut-être le mode le plus fréquent de propagation de la lèpre.

A. DOYON.

**Lèpre et aliénation**, par KOVALEVSKY. *Revue neurologique*, 15 mars 1899, p. 158.

En raison de l'opinion généralement admise que la lèpre n'atteint pas le cerveau et ne provoque pas de troubles psychiques, K. rappelle les faits d'aliénation mentale observés chez des lépreux par B. Rake, Ehlers, Orbeli, etc., et rapporte *in extenso* les deux cas d'Orbeli qui n'avaient été publiés qu'en russe.

Une de ces observations a trait à un homme de 28 ans, atteint de lèpre à forme nerveuse et qui présentait en outre des troubles mélancoliques ayant nécessité son admission dans un asile d'aliénés (hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, de la vue, du goût, lui faisant craindre qu'on ne l'empoisonne, obscurcissement de la conscience, anxiété, excitation, et actes agressifs ; par moments il avait du délire ; tantôt il était sociable et tantôt il devenait taciturne et refusait la nourriture). A l'autopsie, on trouva une pachyméningite hémorragique, une leptoméningite chronique et une anémie cérébrale. La femme du même malade, âgée de 26 ans, atteinte de lèpre tuberculeuse, fut prise, pendant l'internement de son mari dont elle ignorait l'état, de troubles cérébraux (délire, illusions, hallucinations, crainte d'être empoisonnée, etc.), présentant exactement les mêmes caractères que chez son mari.

K. conclut de ces différents faits que les lésions du système nerveux, bien que rares, existent cependant dans la lèpre et qu'elles doivent y être recherchées ; que la lèpre est une cause étiologique d'aliénation mentale ; à en juger d'après l'analogie avec l'action des autres maladies infectieuses sur la sphère mentale, il croit que la lèpre pourrait plutôt faire naître l'amentia de Meynert que d'autres maladies mentales.

G. T.

### ***Lichen scrofulosorum.***

**Lichen scrofulosorum chez un nègre** (*Lichen scrofulosorum in a negro*), par C. GILCHRIST. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, mai 1899, p. 84, avec 1 photog. et 2 planches histol.

La malade est une fille de onze ans, parfaitement bien portante. Le père et la mère sont sains, une sœur est morte peut-être de tuberculose, elle a trois sœurs et trois frères tous bien portants. La malade elle-même a des ganglions lymphatiques un peu tuméfiés, mais c'est un phénomène habituel chez les nègres.

L'éruption est formée d'une centaine de plaques arrondies ou ovalaires disséminées sur le dos et les membres du côté de l'extension. Ces plaques sont formées de petites papules coniques, squameuses, dures, généralement centrées par un poil ; celles du centre des plaques sont généralement un peu affaissées.

L'éruption disparut assez promptement avec un traitement par les hypophosphites et l'huile de foie de morue.

Les papules sont surtout constituées par un amas intra-épidermique de globules blancs mono et polynucléaires, réunis par une masse granuleuse formant une sorte de pustule solide. Au-dessous, la couche superficielle du derme est infiltrée de cellules lymphoïdes, de leucocytes polynucléaires et de cellules plasmatiques. Plus profondément enfin, Gilchrist a trouvé des cellules géantes et de véritables follicules tuberculeux au voisinage de la racine du poil. Il n'a pas pu découvrir de bacilles. W. D.

### **Lupus.**

**Lupus érythémateux chez un tuberculeux** (Lupus erythematosus in a tuberculous subject. Autopsy report), par J. A. FOROVCK. *Journal of cutaneous diseases*, mai 1899, p. 113.

La malade était une femme de 39 ans, profondément alcoolique; elle était atteinte depuis 3 ans de lupus érythémateux typique de la face. Dans son enfance, elle avait eu des adénites tuberculeuses suppurées du cou. Elle était morte avec les accidents hépatiques. A l'autopsie, on trouva des tubercules ramollis dans les deux reins, pas d'autres lésions tuberculeuses, un gros foie gras. A l'examen microscopique des lésions cutanées, on trouva l'épiderme aminci et tendu par suite de l'œdème du derme. Dans la couche papillaire, les vaisseaux sanguins sont dilatés, remplis de globules rouges et blancs; il y a des foyers de cellules plasmatiques. Dans les parties moyenne et profonde du derme, on trouve les vaisseaux thrombosés et les caillots sont par places en voie d'organisation. Ça et là se trouvent des amas de pigment sanguin. W. D.

**Traitement du lupus par l'extirpation totale** (Om behandlingen af ansigtslupus genom total exstirpation), par O. TAVASTSJERNA. *Finska Läkarsällskapets Handlinga*, décembre 1898, p. 1283.

T. rapporte 20 cas de lupus traités depuis 1895 par af Schulten au moyen de l'extirpation totale. Il base ses conclusions seulement sur 18 de ces cas, qui ont été opérés depuis au moins deux ans. D'après ces cas, l'extirpation totale elle-même ne peut pas prévenir les rechutes, surtout si la lésion est très étendue. Il est vrai que dans ces 18 cas, à l'exception d'un seul, l'affection était très étendue et occupait même les muqueuses nasale et buccale (14 fois la rhinoplastie fut nécessaire); dans 5 cas seulement, la guérison a été persistante et sans rechute; sur les 13 autres cas, 4 ont récidivé dans l'année qui suivit l'opération. T. regarde cependant l'extirpation totale comme indiquée même dans les cas graves, parce que les malades peuvent être délivrés, pour un temps parfois très long, d'une affection des plus défigurantes. G. T.

### **Médicamenteuses (Éruptions).**

**Dermatite produite par l'acide borique et le borax** (Dermatitis and other toxic effects produced by boric acid and borax), par R. B. WILD. *Lancet*, 7 janvier 1899, p. 23.

Un homme de 38 ans, n'ayant jamais eu d'eczéma ni de psoriasis, est atteint de cystite consécutive à un rétrécissement blennorrhagique. Il

prend à l'intérieur environ 2 grammes par jour d'acide borique, ce qui amène une amélioration marquée de sa cystite, mais au bout de quelques semaines apparaît une éruption qui débute par le cuir chevelu, la face et les extrémités, puis s'étend à tout le corps avec à peine quelques flots de peau saine sur le tronc. Ce sont des placards confluent de peau rouge vif, gonflée, avec une desquamation profuse de squames un peu grasses. Les cheveux tombent rapidement; l'éruption cause une sensation de cuisson très vive; l'appétit disparaît, le malade s'affaiblit, s'anémie et maigrit. La cystite allant mieux, on supprime l'acide borique et le malade guérit. Deux rechutes de cystite sont l'occasion de deux reprises du traitement par l'acide borique, et au bout de quelques semaines de la même éruption qui guérit chaque fois par la suppression du médicament. Finalement le malade meurt d'urémie.

Un autre malade âgé de 50 ans, prenait 2 grammes d'acide borique et 3 grammes de borax par jour depuis le mois de juin, pour l'épilepsie. En août, gonflement rouge des mains et des pieds, puis une éruption intense accompagnée de gonflement et de desquamation abondante couvre la tête, les membres et presque tout le corps; les cheveux tombent, il apparaît quelques furoncles.

W. a donné l'acide borique à forte dose à 40 malades sans aucun inconvénient.

L'auteur analyse, d'une façon très complète, toutes les publications sur la question.

W. D.

**Éruptions bromuriques et ioduriques sérieuses**, par H. MALHERBE. *La Presse médicale*, 24 mai 1899, p. 243.

1. Jeune fille de 21 ans, prenant depuis longtemps de grandes quantités de bromure pour des accidents épileptiques. À la partie inférieure et interne des deux jambes, vastes placards ulcéreux et végétants entourés d'une bordure brune; à la partie postérieure des deux jambes, une volumineuse tumeur en relief atteignant à droite le volume d'une mandarine; à l'avant-bras droit gauche, lésions analogues à celles des jambes.

2. Homme de 45 ans, prenant depuis plusieurs mois 2 grammes d'iodure de potassium par jour; à la partie postérieure et interne du mollet, deux ulcérations creuses de 2 à 3 centimètres, de forme irrégulière, à bords déchiquetés, couvertes de sanie fétide; sur celle de la face postérieure, le fond est recouvert de tissus sphacelés en voie d'élimination; sur toute la face postérieure de la jambe, on voit de 30 à 40 pustules d'apparence acnéique et de volume variable, les plus grosses du volume d'un pois et tendant à s'ombiliquer à leur centre; ces éléments rappellent assez exactement l'anthrax; les urines ne renferment pas d'albumine, ni de sucre. Guérison rapide.

G. T.

### *Milium colloïde.*

**Pseudo-milium colloïde** (Pseudo-milio colloïde), par CELSO PELLIZZARI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 692.

Homme de 45 ans, cantonnier, atteint depuis 5 ans de lésions cutanées ayant débuté sur le dos de la main droite et ayant envahi ensuite le dos de la main gauche et le dos du nez, caractérisées par la présence de très

nombreuses saillies arrondies variant du volume d'un grain de mil à celui d'une grosse tête d'épingle, disposées avec une certaine régularité et correspondant aux espaces losangiques limités par les dépressions épidermiques ; à une certaine distance ces saillies donnent l'impression jaunâtre du xanthome ; de plus près, elles ont une couleur jaune citron brillante, et elles rappellent l'aspect de l'herpès, en raison d'un certain degré de transparence, mais elles ne renferment pas de liquide ; en quelques points elles sont entourées de quelques très petites veines dilatées. L'affection s'est développée lentement ; elle semble un peu plus apparente pendant la saison chaude ; aux deux yeux, on voit, à la région équatoriale, de petites saillies jaunâtres semblables à celles de la peau et ayant tout à fait l'aspect du ptérygion.

A l'examen histologique, on trouve au-dessous de l'épiderme et constamment dans les parties les plus superficielles du derme des cavités en partie vides et en partie remplies de masses d'une substance homogène fragmentée par places par des faisceaux de tissu conjonctif ; ces masses ne diffèrent par aucun caractère de la substance hyaline et, par places, à la périphérie on voit cette substance pénétrer dans les tissus sains en prenant l'aspect de fibres tuméfiées ; dans les zones homogènes, les fibres élastiques font complètement défaut. Dans les lésions au début, on constate que l'altération primitive consiste en une dilatation des veines superficielles avec légère augmentation de l'épaisseur de leurs parois, en une fusion des fibres élastiques entre elles dans la partie superficielle du derme tandis que dans les parties moyennes inférieures elles sont intactes.

Il y a, en somme, hyperhémie passive, imprégnation des couches les plus superficielles du derme par une substance qui semble granuleuse et qui est peut-être un liquide coagulé par les réactifs, destruction rapide des fibres élastiques. Les tuniques vasculaires, à l'exception de la tunique endothéliale, et les fibres connectives du derme prennent un aspect homogène et subissent, en somme, une dégénérescence qui peu à peu revêt les caractères que l'on doit actuellement considérer comme propres au groupe des dégénérescences hyalines.

Comme il convient de laisser le nom de milium colloïde aux cas de dégénérescence colloïde d'origine glandulaire épithéliale, P. propose de donner celui de pseudo-milium colloïde à la lésion qu'il décrit. G. T.

**Dégénérescence colloïde du derme. Milium-colloïd de Wagner** (Sulla degenerazione colloïde delle fibre elastiche del derma-Milium-colloïde di Wagner. Contributo alla istopatologia ed alla casuistica), par NICOLÒ LA-MENSA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, p. 197.

Homme de 47 ans, présentant sur les joues et sur le dos du nez des saillies plus ou moins hémisphériques de coloration jaunâtre, donnant à première vue l'aspect de vésicules mais ne renfermant pas de liquide ; en outre, de petites lésions analogues mais comme enchâssées dans le derme, et du volume d'une petite tête d'épingle, de coloration jaune citron et transparentes. Des lésions semblables, mais de coloration moins prononcée, et moins nettement transparentes, se voient sur la région métacarpienne des pouces et des index.

A l'examen histologique, on trouve dans la partie supérieure du derme des cavités plus ou moins rondes renfermant une substance homogène, transparente, détachée des parois de la cavité et fissurée : le reste du tissu est complètement normal. Dans les parties les plus récentes de la lésion, c'est-à-dire à la périphérie, on trouve la même substance amorphe. En certains points on peut constater que la substance d'apparence amorphe offre une sorte de structure fibrillaire et, en examinant les fibres élastiques limitrophes des cavités, on constate toute la série des transformations de ces fibres ; parmi ces fibres limitrophes, quelques-unes ont conservé leur forme ondulée caractéristique, mais sont plus grosses qu'à l'état normal et conservent leur colorabilité, tandis que d'autres, à leur voisinage, sont beaucoup plus grosses et n'ont plus de contours nets. Quant au tissu conjonctif, il ne présente aucune lésion.

Ces lésions diffèrent notablement de celles constatées dans les cas de Besnier-Balzer, de Feulard-Balzer et de Perrin-Reboul où elles portaient exclusivement ou presque exclusivement sur le tissu conjonctif. Des altérations très analogues ont cependant été constatées par Jarisch et Pellizzari. La dégénérescence hyaline des fibres élastiques a été observée chez les vieillards par Schmidt, avec des caractères très analogues à ceux constatés dans le cas présent ; aussi L. pense-t-il qu'il s'agit dans son cas d'un processus régressif et, en raison de la profession de son malade (pêcheur), exposé aux vicissitudes atmosphériques, il pense que l'exposition aux températures extrêmes a pu produire sur les régions découvertes des troubles de la peau aboutissant à des lésions de cet ordre. G. T.

### ***Molluscum contagiosum.***

**Anatomie pathologique et pathogénie de l'acné varioliforme, *Molluscum contagiosum* de Bateman,** par E. GAUCHER et E. SERGENT. *Archives de médecine expérimentale*, 1898, p. 657.

G. et S. confirment la description histologique que J. Renaut a donnée de l'acné varioliforme et reproduisent deux figures à l'appui de cette description.

D'après eux, le molluscum contagiosum se développe toujours et seulement dans les glandes sébacées, de sorte que la dénomination ancienne d'acné varioliforme qui en indique les principaux caractères topographiques et morphologiques, doit être conservée. L'acné varioliforme n'est pas une lésion de dégénérescence de la glande sébacée, et n'est pas non plus une tumeur parasitaire, car les formes décrites comme des parasites sont produites par des modifications successives du protoplasma cellulaire ; c'est une lésion d'évolution des glandes sébacées, comme le soutient Renaut, ce qui n'exclut pas l'idée d'une origine parasitaire. G. T.

**Molluscum contagiosum (?)**, par W. FRICK. *Journal of the American med. Assoc.*, 11 mars 1899, p. 536.

F. donne l'observation d'un homme de 38 ans qui, depuis un ou deux mois, a vu apparaître sur la face, le cuir chevelu, le cou et les mains une éruption de petites tumeurs blanchâtres saillantes du volume d'une tête d'épingle à un pois. En les pressant on en faisait sortir une masse jaunâtre gélatiniforme ; quelquefois une incision était nécessaire pour per-



mettre cette énucléation. L'examen microscopique montrait que les tumeurs débutaient dans le derme sans aucune connexion avec l'épiderme ou ses annexes et qu'elles étaient formées de cellules épithélioïdes se colorant assez mal avec quelques cellules géantes.

De la description et des figures microscopiques qui l'accompagnent on peut conclure avec assurance qu'il s'agit de tout autre chose que de *molluscum contagiosum*.

W. D.

### **Myxœdème.**

**Lésions aiguës de la peau et de la muqueuse buccale à une période précoce du myxœdème** (On acute affections of the skin and mucous membranes of the mouth in an early stage of myxœdema), par ROB. KIRK. *Lancet*, 4 mars 1899, p. 579.

La première observation est une femme de 39 ans, atteinte de myxœdème au début. Depuis quelque temps elle présente des poussées d'angine avec stomatite qui surviennent brusquement. La gorge est rouge comme dans la scarlatine ; la langue est rouge vif, gonflée au point de déborder de la bouche, parfois desquamant en lambeaux ; les lèvres sont rouges, tuméfiées, exulcérées ; la douleur est très vive, de la bouche s'écoule une salive visqueuse. Cette affection survient par accès brusques, intermittents ou parfois subintrants. On finit par découvrir que ces accès étaient dus à ce que la malade avait l'habitude de mâcher des fleurs de primula obconica et que chaque poussée survenait aussitôt après une manipulation de cette fleur. Il est à remarquer que la susceptibilité à l'action irritante de la primula datait du début du myxœdème.

Dans le second cas, il s'agit également d'un cas de myxœdème au début accompagné de poussées d'urticaire œdémateuse de la face. W. D.

### **Néoplasmes cutanés.**

**Liomyome cutané** (Liomyoma cutis), par CH. J. WHITE. *Journal of cutaneous diseases*, juin 1899, p. 266.

Un homme de 45 ans, bien portant et sans antécédents pathologiques, porte une soixantaine de petites tumeurs disséminées sur la joue droite et le côté droit du cou. La plus ancienne de ces tumeurs date de 4 ans et depuis lors elles se sont graduellement multipliées. Leur volume varie d'une tête d'épingle à un pois ; elles sont toutes dures et offrent la consistance d'une kéloïde ; les plus petites sont roses ou rouges, elles sont d'autant plus pâles qu'elles sont plus volumineuses et les plus grosses sont presque blanches avec un sommet lisse et luisant ; toutes ces tumeurs sont parfois le siège de douleurs très vives soit spontanément, par crises, soit sous l'influence du froid ; le malade compare cette sensation à celle d'un fer chaud qu'on lui passerait sur la figure.

L'examen microscopique a porté sur trois tumeurs excisées. L'épiderme est aminci et étalé avec quelques altérations de dégénérescence cellulaire ; les papilles sont écartées, abaissées. Au-dessous de l'épiderme et le séparant de la tumeur se trouve une couche de tissu conjonctif mince, avec des vaisseaux dilatés, entourés de quelques cellules plasmatiques ou de Mastzellen ; le réseau élastique y a presque disparu à l'exception de quelques grosses fibres.

Le néoplasme lui-même occupe toute la partie moyenne du derme qu'il remplace ; il est bien limité, formé exclusivement de fibres musculaires lisses et enchevêtrées dans tous les sens ; les unes paraissent tout à fait normales, d'autres présentent des signes de dégénérescence, elles sont vacuolées ou se colorent mal par les réactifs. On y trouve quelques petits vaisseaux sanguins entourés d'une gaine conjonctive, mais il n'y a en somme que très peu de tissu conjonctif dans la tumeur. La coloration par les méthodes de Weigert ou de Pal n'y a pas montré de nerfs. W. D.

**Cas d'adénomes multiples de la peau** (Cases of multiple adenomata of the skin), par R. AITKEN. *British medical Journal*, 24 juin 1899, p. 1533.

La malade est une femme âgée de 43 ans, bien portante et sans antécédents notables ; elle vient à l'hôpital pour des tumeurs de la face et du cuir chevelu gênantes par leur volume et dont le début remonte à 13 ans. Actuellement on trouve une trentaine de tumeurs sur le front, le cuir chevelu et les oreilles ; quelques autres tumeurs analogues, mais très petites, sont disséminées sur le tronc. La plus grosse des tumeurs mesure deux pouces de long sur un pouce de large et fait une saillie de un pouce. Elle est légèrement pédonculée, couverte d'une peau glabre et amincie avec quelques vaisseaux dilatés à sa surface. Les autres tumeurs ont le volume d'une cerise et au-dessous la plupart sont légèrement pédiculées fixées au cuir chevelu mais mobiles sur les parties sous-jacentes. Les tumeurs sont solides et indolentes. Les tumeurs les plus volumineuses sont enlevées et l'examen microscopique montre qu'elles sont formées d'amas arrondis ou ovalaires de cellules épithéliales séparées par un stroma fibreux.

W. D.

**Maladie kystique et calcaire des glandes sudoripares (hydradénomes éruptifs calcifiés)**, par CURTILLET et L. DOR. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 13 novembre 1898, p. 1081.

Fille de 8 ans, présentant sur les membres un certain nombre de tumeurs variant du volume d'un grain de blé à celui d'une amande, la plupart faisant saillie et soulevant les téguments, de consistance très dure, à surface irrégulière et comme granuleuse, la plupart franchement adhérentes à la peau et quelques-unes adhérentes au plan aponévrotique ; l'adhérence à la peau est d'autant plus prononcée que la tumeur est plus volumineuse ; pas de coloration anormale de la peau à leur niveau, si ce n'est au niveau de la plus volumineuse, aucune douleur spontanée ou à la pression. Les tumeurs occupent exclusivement les membres : 2 à la jambe gauche et 3 à la cuisse gauche, du volume d'un pois à celui d'une noisette ; une un peu étalée en nappe vers le milieu du creux poplité droit ; une tumeur ayant à peine le volume d'un grain de blé dans la région sous-claviculaire gauche ; au membre supérieur droit, une tumeur à la partie externe de l'avant-bras, une au niveau du pli du coude, une à la région épicondylienne, une un peu en avant de l'épitrachlée, une dans la région sous-claviculaire et enfin, dans la région olécrânienne, une tumeur du volume d'un œuf, dure, non douloureuse, au niveau de laquelle la peau est rouge, tendue, lisse et amincie ; cette tumeur, qui est apparue la première, il y a deux ans, a l'aspect d'une tumeur maligne, d'un sarcome sur le point

d'ulcérer les téguments. Les tumeurs se sont développées sans que la malade ait éprouvé, à aucun moment, le moindre malaise.

A l'examen direct, toutes les tumeurs n'ont pas un aspect identique. Une petite tumeur du volume d'un pois, renfermant un liquide huileux, plus fluide que du pus, liquide formé à l'examen microscopique de cellules surchargées de graisse, était constituée par une paroi assez lisse, d'un demi-millimètre d'épaisseur. Une autre tumeur, à contours diffus et se perdant graduellement dans le tissu fibreux environnant, renfermait à son centre un noyau très dur dans lequel on percevait des noyaux calcaires. D'autres tumeurs n'étaient pas envahies par le processus de calcification et étaient simplement fibreuses. En tenant compte des différents aspects de ces tumeurs, on arrivait à conclure qu'il s'agissait au début de productions kystiques créant autour d'elles une réaction inflammatoire dans laquelle elles étaient étouffées et dont le processus rappelait beaucoup celui de l'enkystement des parasites. L'origine de ces tumeurs était démontrée par l'existence, au sein de ce tissu fibreux, de productions fibreuses, dont l'aspect en tubes pelotonnés indiquait l'origine glandulaire ; d'ailleurs, à côté de glandes absolument normales, on en voyait dont la lumière se dilatait, puis on assistait à la prolifération des cellules épithéliales disposées en amas très irréguliers et, par places, on constatait une véritable édification adénomateuse aux dépens de ces mêmes cellules.

C. et D. font remarquer qu'il n'y a pas un adénome cutané, mais une série de tumeurs qui ont été décrites sous le nom d'adénomes ; ils font observer également que de grandes différences séparent la lésion qu'ils décrivent de l'hydradénome éruptif de Jacquet et Darier et ne peuvent voir dans leur cas une transformation de lésions du type décrit par ces derniers auteurs. Ils pensent, de plus, que, dans leur cas, il ne s'agit pas à proprement parler de tumeurs, au sens étroit où Bar comprend ce mot, mais bien d'un processus dystrophique ou peut-être, mais ils sont peu disposés à se rallier à cette opinion, d'une affection parasitaire. G. T.

### **Pelade.**

**Nouvel agent pour le traitement de la pelade** (A new agent for the treatment of alopecia areata), par G. MAC GOWAN. *Journal of cutaneous diseases*, mai 1899, p. 217.

Après avoir successivement jeté par-dessus bord tous les différents topiques employés dans le traitement de la pelade, M<sup>e</sup> G. recommande la *tricrosól* qu'il emploie pur pour le cuir chevelu et étendu d'alcool en parties égales pour la face. On l'applique avec un pinceau en exerçant une certaine friction, tous les 5 ou 6 jours. La peau devient tout de suite d'un blanc mat et laisse voir les orifices folliculaires béants ; au bout de quelques heures, elle devient rouge et laisse suinter un peu de sérosité, surtout à la face. Après 24 heures, il y a une squame épaisse, brune et adhérente qui tombe au bout de 4 à 10 jours, laissant une peau rouge, sur laquelle on renouvelle l'application mais plus légèrement. Le tricrosól détermine aussitôt après son application une douleur assez vive qui dure quelques minutes.

M<sup>e</sup> G. déclare que les résultats sont supérieurs à ceux que lui ont donnés tous les autres topiques.

W. D.

### ***Pemphigus.***

**Leucocytes à granulations éosinophiles dans quelques dermatoses** (Intorno alla presenza di globuli bianchi a granulazioni eosinofile in alcune malattie cutanee), par MARIO TRUFFI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 757.

T. a recherché les leucocytes éosinophiles dans 5 cas d'affections bulleuses. Dans un cas de « pemphigus vrai avec exfoliation cutanée », terminé par la mort dans l'espace de 3 mois, il n'a pas pu trouver un seul de ces leucocytes. Dans un cas de « pemphigus bulleux vrai suivi dans les dernières périodes de papillomatose », il en a trouvé dans le sang dans la proportion de 1 pour 3 à 4 globules blancs. Dans un cas de « pemphigus foliacé de Besnier », il en a trouvé dans la proportion de 39,4 à 43,33 p. 100 dans le sang et dans celle de 58,22 à 65 p. 100 dans les vésicules. Dans un cas assez obscur observé pendant un temps trop court, il a trouvé 14,8 p. 100 d'éosinophiles dans le sang et environ 26 p. 100 dans les vésicules. Dans un cas de dermatite de Duhring relativement bénin, il a trouvé dans des périodes d'activité de la maladie 31 à 37 p. 100 d'éosinophiles dans le sang et 52 à 60 p. 100 dans les vésicules, tandis que, pendant les périodes de calme de l'éruption, le nombre des éosinophiles du sang s'abaissait à 12 p. 100.

T. regarde l'éosinophilie comme un caractère important au point de vue du diagnostic de la maladie de Duhring, ses variations peuvent même avoir une signification pronostique. G. T.

**Rapport de la dermatite d'Hallopeau avec la dermatite herpétiforme de Duhring et avec le pemphigus végétant** (Histo-und hämatologische Untersuchung eines Falles von Hallopeaus'cher Dermatitis. Die Beziehungen dieser Krankheit zur Dermatitis herpetiformis Duhring und zum Pemphigus vegetans), par LEREDDE. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1898, t. XXVII, p. 381.

D'après Leredde, la dermatite herpétiforme ne constitue pas une maladie sui generis et plusieurs types cliniques de nature tout à fait différente, la dermatite d'Hallopeau, le pemphigus végétant de Neumann ne sont que des variétés d'une maladie encore insuffisamment délimitée, mais qui a une base anatomo-pathologique précise.

Dans un cas de pyodermite végétante d'Hallopeau, Leredde a constaté que les cellules du stratum épineux sont peu modifiées, il n'y a à mentionner ici que la dilatation des cavités périnucléaires et la fréquence de la pigmentation des éléments de la couche germinative, ainsi que des parties susjaçantes. Pas de karyokinèse. On trouve des cavités de dimensions inégales ; au voisinage du derme, elles sont remplies de cellules, dont 95 p. 100 sont des cellules éosinophiles. A l'intérieur de ces cavités il y a en outre des noyaux plus ou moins colorables par les couleurs basiques et un détritux granuleux consistant en débris de cellules éosinophiles. La couche cornée superficielle est un peu plus dense et plus épaissie qu'à l'état normal.

Dans les préparations colorées avec la thionine la prolifération des cellules de tissu conjonctif du derme est très évidente ; dans les couches profondes du derme elles sont en moins grande proportion qu'à la surface.

Il n'existe qu'un petit nombre de *Mastzellen*. Corpuscules de pigment immédiatement au-dessous de l'épiderme et quelques Plasmazellen autour des vaisseaux de la région sous-cutanée. Œdème des couches superficielles du derme ; dans les fentes du tissu conjonctif, nombreuses fibres d'élastine. L'examen du sang indique la proportion suivante : des cellules leucocytaires : polynucléaires, 49 p. 100 ; mononucléaires et lymphocytes, 35 p. 100 ; éosinophiles, 16 p. 100.

Entre la dermatite d'Hallopeau et celle de Duhring il y a des différences cliniques évidentes. Dans le type Hallopeau on a l'impression d'une maladie locale, parasitaire ; dans la dermatite herpétiforme, au contraire, toute la peau est atteinte. Hallopeau du reste n'admet pas un rapport entre l'affection qu'il a décrite et celle de Duhring.

En se basant sur l'examen histologique Leredde admet l'identité des deux processus ; les altérations du sang et celles de la peau sont les mêmes dans les deux cas : les vésicules dans les deux processus se forment entre les cellules épineuses et sont remplies principalement de cellules éosinophiles. Les différences sont de nature secondaire. En somme, la maladie décrite par Hallopeau serait une maladie générale à localisations multiples quoique peu nombreuses. La dermatite pustuleuse et végétante ainsi que la dermatite herpétiforme de Duhring ne sont que des variétés cliniques de la maladie du sang qui en constitue la base. Le pemphigus végétant (Neumann) serait une troisième forme clinique de la même maladie fondamentale.

Dans la maladie de Duhring la présence régulière d'une altération du sang suffit pour rejeter la théorie d'une origine nerveuse de cette affection ; c'est une hémato dermite, mais jusqu'à présent on ignore la cause de la maladie du sang. C'est dans la syphilis et la lèpre qui sont de nature parasitaire qu'on a tout d'abord observé l'éosinophilie. A. DOYON.

**Cas intéressant de pemphigus** (Note on an interesting case of pemphigus), par S. ROACH. *Lancet*, 14 janvier 1899, p. 88.

Garçon de 7 ans, l'éruption est apparue peu de temps après sa naissance et a toujours persisté depuis. Elle est constituée par des bulles rondes, tendues, hémisphériques, atteignant la largeur d'un penny, survenant isolément, successivement en tous les points du corps, sauf le cuir chevelu, la partie supérieure de la face et les paumes. La bulle se dessèche, forme une croûte et laisse une macule brune. Leur succession fait que l'enfant est brun de la tête aux pieds. Pas de fièvre, santé générale bonne. Les ongles des doigts sont tombés un grand nombre de fois, ils sont longs, incurvés et noirs.

W. D.

**Pemphigus contagieux** (Pemphigus contagiosus), par G. MUNRO (de Yokohama). *British medical Journal*, 29 avril 1899, p. 1021.

Le pemphigus contagiosus de Manson s'observe fréquemment sur les côtes méridionales de la Chine, du Japon et probablement de toute l'Asie.

Les bulles disséminées qui constituent l'éruption sont précédées par une macule érythémateuse et par une sensation de cuisson ou de démangeaison. Leur contenu est un liquide clair avec quelques cellules épithéliales, quelques leucocytes, et un microcoque spécial qui a été cultivé par Munro. Les cultures sur gélose glycinée ou glycosée forment un enduit blanc,

opaque et brillant comme de l'émail. Le Dr Yokura a réussi à inoculer ces cultures avec succès.

Quand les bulles ont acquis un demi-pouce de large en moyenne, elles deviennent flasques, leur contenu est purulent et elles se rompent en laissant des surfaces suintantes qui se couvrent bientôt de squames. La santé générale est peu ou pas altérée.

Le pemphigus contagieux des pays chauds est probablement identique au pemphigus épidémique des nouveau-nés et il offre beaucoup d'analogie avec l'impétigo contagieux.

W. D.

**Cas de pemphigus aigu** (A case of acute pemphigus), par W. HADLEY et W. BULLOCH. *Lancet*, 6 mai 1899, p. 1219.

Un boucher de 23 ans, robuste et bien portant, se fait une écorchure à l'éminence thénar droite en dépeçant un mouton ; la blessure saigne un peu et suppure un peu les jours suivants. Quatre jours après, il remarque quelques bulles sur le menton et les narines. Le 6<sup>e</sup> jour il entre à l'hôpital avec une éruption généralisée de bulles du volume d'un pois à une noix ; elles sont saillantes, contiennent un liquide clair et confluent par places, puis sèchent en formant des croûtes impétigineuses. L'éruption est répandue très abondamment sur tout le corps, particulièrement à la face, les aisselles, les membres supérieurs, les mains ; on trouve des bulles dans la gorge et sur la langue ; fièvre assez élevée, rémittente. Les jours suivants, l'éruption s'étend et s'aggrave, la fièvre augmente. Il survient des vomissements et de la diarrhée, le pouls devient faible et fréquent, la respiration s'accélère et la mort survient le 13<sup>e</sup> jour après les premiers accidents.

Ce cas est de tout point semblable aux cas de pemphigus infectieux aigu décrits par Pernet et Bulloch.

L'étude bactériologique des bulles a fourni un diplocoque semblable à celui observé dans des cas analogues par Demme, Bleibtreu, Bulloch, etc. Les cultures ont été inoculées sans succès à divers animaux. L'autopsie n'a rien montré d'intéressant, notamment pas de microbes.

W. D.

### **Sclérodermie.**

**Quelques cas de sclérodermie et de vitiligo chez des enfants**, par P. HAUSHALTER et L. SPILLMANN. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mai 1899, p. 197.

1. Fille de 12 ans, ne présentant aucun antécédent ni aucun symptôme nerveux ; sur le front, plaque de sclérodermie s'étendant de la racine du nez, près de la racine du sourcil gauche, jusqu'au sommet de la tête, mesurant 8 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur à la partie supérieure et 1 centimètre à la partie inférieure ; la plaque se continue jusqu'au lobule du nez par une ligne blanchâtre peu apparente ; elle est entourée d'un léger liséré légèrement saillant et présente l'aspect classique des plaques de sclérodermie.

2. Fille de 11 ans ; au-dessous du sein gauche, bande scléreuse de 7 centimètres de largeur sur 4 de hauteur, se continuant vers l'aisselle ; sur la partie latérale droite du flanc et de l'abdomen, la peau est plus pigmentée qu'à gauche et sur ce fond on voit une tache large comme une pièce de cinq francs se continuant jusqu'à la partie inférieure du creux de l'aisselle



par une trainée blanchâtre ; sur la face dorsale du pied droit, une bande blanche nacréee large de 2 centimètres, partant du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> orteil et s'arrêtant au cou-de-pied.

3. Fille de 6 ans, ayant depuis l'âge de 2 ans et demi ou 3 ans une plaque scléreuse comprenant les 2<sup>e</sup> et les 3<sup>e</sup> orteils et remontant jusqu'au sillon qui sépare de la jambe le dos du pied ; à la face antéro-externe de la cuisse droite, une tache commençant au tiers supérieur de la cuisse et descendant jusqu'au-dessous du genou ; à la face interne du tiers supérieur du bras droit, tache large comme une pièce de 5 francs ; sous le mamelon droit, tache large comme une pièce de 5 francs ; une autre de même dimension à la base du thorax. Atrophie en masse du bras, de la cuisse et de la jambe du côté droit, l'atrophie est surtout marquée au niveau des taches. Pas de troubles de la sensibilité.

4. Fille de 7 ans ; sclérodactylie ayant débuté à l'âge de 5 à 6 mois, une sœur de la malade, âgée de 2 ans, présente des lésions analogues ayant débuté à l'âge de 6 à 7 mois.

5. Fille de 1 mois, présentant une atrophie du membre inférieur gauche (1 centimètre de longueur et 1 centimètre de circonférence de moins que le droit) ; à gauche, bande de pigmentation violacée partant du grand trochanter, descendant sur la face antéro-externe de la cuisse et de la jambe et formant une sorte de jarrettière au-dessous du genou, constituée par des mailles arrondies d'un brun lilas : placard analogue sur le grand trochanter droit ; au niveau des placards la peau est très amincie et le tissu cellulo-adipeux absent.

6. Fille de 11 ans, sujette aux migraines depuis deux ans ; depuis cette époque on a remarqué quelques cheveux blancs ; il y a un an, on a remarqué les premières taches blanches sur les hanches et une tache sur la nuque ; actuellement, pigmentation marquée de la nuque et du cou ; sur le tronc, larges taches blanches atteignant jusqu'à la largeur de la paume de la main ; quelques taches blanches sur les fesses.

H. et S. rapportent ces observations en raison de leur rareté et à titre de recueil de faits, sans vouloir en tirer de conclusions.

G. T.

### Troubles trophiques.

**Ulcérations neurotiques de la bouche** (Neurotic ulcers of the mouth, stomatitis neurotica chronica), par KN. SIBLEY. *British medical Journal*, 15 avril 1899, p. 900.

Cette affection est généralement décrite avec le pemphigus, mais elle en diffère par sa persistance indéfinie et par l'absence habituelle de toute vésicule apparente. Les lésions débutent par une crevasse ou par un petit ulcère rouge et enflammé ou par une tuméfaction locale sur la langue, rarement il y a une vésicule. La langue est chargée, toutes les parties atteintes sont très gonflées et excessivement douloureuses.

Les trois malades dont Sibley rapporte l'observation sont des femmes âgées, l'apparition et les rechutes de l'éruption paraissent liées à des préoccupations morales et la maladie a persisté pendant des années avec des rémissions, des intermissions et des rechutes, pendant plus de vingt ans dans la première observation.

Aucun traitement général ou local ne paraît avoir grande efficacité. S. s'est bien trouvé des attouchements à la teinture d'iode et du séjour dans les climats de montagne.

W. D.

**Mal perforant plantaire** (Perforating ulcers of the foot), par G. HALLEY. *Scottish medical and surgical Journal*, juin 1899, 527.

Obs. I. — Le malade est un apprenti ébéniste de 18 ans, sans antécédents pathologiques personnels, mais son grand-père maternel et un cousin de sa mère ont souffert de lésions analogues. La maladie a débuté par un cor sous la plante du pied qu'il coupait régulièrement ; au bout de dix-huit mois, en juin 1896, le centre de ce cor a commencé à s'ulcérer, en fournissant une sécrétion séreuse. En octobre 1896, on trouvait sous la tête du second métatarsien gauche, un ulcère arrondi avec des bords calleux et décollés sécrétant un peu de sérosité claire. L'ulcère et son voisinage étaient anesthésiques, sur tout le pied la sensibilité était diminuée et on y remarquait une sueur visqueuse ; le pied droit était tout à fait normal. Il n'y avait aucun symptôme de maladie des centres nerveux.

En mai 1897, amputation du 2<sup>e</sup> orteil et de la tête du métatarsien correspondant. Élongation du nerf tibial postérieur qui était notablement tuméfié. Deux mois après l'hyperidrose et l'anesthésie avaient diminué, mais dès le mois de septembre 1897 on remarquait un point dur dans la cicatrice et en novembre l'ulcère reparaissait.

En mai 1898, nouvelle excision de l'ulcère et nouvelle élongation du nerf tibial postérieur, qu'on trouve beaucoup plus gros qu'à la première opération.

Il y eut encore une nouvelle récédive qui guérit par des applications d'une solution saturée d'acide salicylique dans la glycérine.

Obs. II. — Un cocher de fiacre de 38 ans, alcoolique, avait eu en 1894 une légère parésie des membres droits ; son oncle maternel paraît avoir eu aussi un ulcère perforant du pied. On trouve sous la tête du 2<sup>e</sup> métatarsien droit un ulcère, rond, avec des bords calleux sécrétant un liquide clair, entouré d'une zone anesthésique. Le pied droit sue plus abondamment que le gauche. En janvier 1898, on fait l'excision de l'ulcère et l'élongation du nerf tibial postérieur.

Six mois après, il y avait une rechute pour laquelle on fait l'amputation du 2<sup>e</sup> orteil et l'on panse avec la solution glycinée d'acide salicylique.

Obs. III. — Homme de 52 ans, d'intelligence médiocre, fort sale mais non alcoolique. Le gros orteil droit avait été amputé 7 ans avant pour un ulcère perforant. Actuellement on trouve tous les orteils du pied droit déformés, un ulcère perforant à la face plantaire du 5<sup>e</sup> orteil et un autre sous la tête du 2<sup>e</sup> métatarsien. On fait l'élongation des deux nerfs tibiaux postérieurs, qui sont tous deux très tuméfiés, surtout le droit.

L'auteur conclut de ces observations que lorsque la névrite échappe à tout traitement médical, il y a lieu de faire l'élongation des nerfs, mais qu'il faudrait la pratiquer à plusieurs hauteurs pour atteindre la limite supérieure de la névrite.

W. D.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAYE

ité.  
our

AL-

cé-  
sin  
un  
ix-  
en  
la  
ds  
on  
ni-  
t à  
ix.  
es-  
né.  
ais  
a-

erf  
é-

ns

ne  
eu  
ar-  
ir,  
ue  
du

om

is  
un  
é-  
la  
é-

à  
il  
re